

LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS, RESIDENCIAS, CONCURRENCIAS. UN ABORDAJE ANTROPOLÓGICO

**The training of medical professionals: an
anthropological study of medical residence**

SP/62

Roque Alejandro
Maffrand

Doctor en Medicina y
Cirugía
Profesor Titular encargado
cátedra de Clínica
Oftalmológica Universidad
Nacional de Córdoba,
Argentina

maffrand@uolsinectis.com.ar

“ Obtener dinero no es el fin propio de la valentía,
que solo debe darnos una varonil seguridad;
tampoco es el objeto del arte militar o del arte de la
medicina que deben darnos aquel la victoria, éste
la salud; y, sin embargo todas estas profesiones se
ven convertidas en un negocio de dinero, como
si este fuera su fin propio y como si todo debiese
tender a él.”

ARISTÓTELES
(La Política)

Resumen

La realidad de la formación de los profesionales médicos es analizada con orientación antropológica, Esta problemática que se trata habitualmente de manera confusa y desvinculada de la realidad; se aborda desde una perspectiva diferente, permitiendo lograr una mayor comprensión de esta particular actividad. A partir de publicaciones médicas que hacen referencia al tema y registros etnográficos, se desentrañan las motivaciones y proyecciones que gravitan en la formación de los médicos, aportando nuevos elementos de análisis que permitan adecuar la capacitación de este especial recurso humano.

Abstract

An anthropological approach to the training of medical professionals is attempted. This field has been usually studied without a clear approach and disregarding reality. Our perspective is a different one, aimed at a deeper understanding of this particular activity. On the base of medical publications that have dealt with the subject and of ethnographic records, motivations and expectations underlying medical training are scrutinized and new elements for its analysis are provided in order to improve the training of this particular type of human resource.

Introducción

El tratamiento de un tema de naturaleza educativa, referido a la reproducción de un segmento específico de profesionales, nos permite observar y analizar una serie de fenómenos sociales de apariencia confusa, que casualmente en este caso tienen un carácter muy generalizado (podríamos decir universal). Estos procesos, de sentida sensibilización social (por sus consecuencias), se muestran con características y contradicciones que analizadas, permitirán su comprensión, y eventualmente adoptar orientaciones adecuadas.

Se trata de un tema controvertido, de debate permanente, que genera apasionadas polémicas; en el cual los actores modifican sus conceptos según distintos momentos o situaciones que ocupan y realizan variados planteos, que son por demás interesantes ya que, en la mayoría de los casos, las argumentaciones se desprenden del tema específico, que sería la formación en sí, lo cual produce confusión, pero que sin embargo aportan al esclarecimiento sobre cuales son las verdaderas relaciones, entre las personas y entre las diferentes configuraciones, que funcionan en estos procesos.

Objetivos

El interés por abordar estas actividades humanas, es por la orientación diferente que se puede dar a este debate. Contribuir al esclarecimiento de estas relaciones humanas que se mantienen, de manera constante, con tantas contradicciones, desde hace más de 50 años.

La confusión entre los actores y sus relaciones con la sociedad en general, se ve impregnada de "cuestiones morales", "problemas éticos", "actitudes humanas", lo cual hacen valiosos nuevos abordajes ya que permite analizar la significación múltiple de estos conceptos.

Los aspectos que hacen al origen, la evolución, los matices, las relaciones con el medio y la historia, serán tratados en la medida que el propósito, la descripción del fenómeno lo requieran, ya que la intención no es la descripción detallada, sino su comprensión con el auxilio de las herramientas teóricas y metodológicas de la antropología que se consideren adecuadas.

La hipótesis que se considera es que existen especiales configuraciones que hacen a la reproducción de oficios o habilidades y profesiones, que mantienen sistemas de reciprocidad como una constante, que aparentemente se repite en el sistema capitalista, pero su operatoria cambia, aunque persistan similitudes.

Metodología

Para sostener y fundamentar estas reflexiones se utilizarán:

a) Una búsqueda bibliográfica, de todas las presentaciones referidas a la formación de los médicos, seleccionando las más adecuadas para su análisis (siete en total), por la claridad de sus aportes y además por que son totalizadoras, ya que el resto de los trabajos revisados repiten los mismos conceptos. Prefiriendo de estos los más antiguos a nuestro alcance y de nuestro medio, procurando elegir entre los producidos por médicos de distintas especialidades. Complementando los mismos con una búsqueda informática a través de Internet para reconocer la situación actual y

un documento de la Organización Mundial de la Salud del año 2001 que se refiere extensamente al tema.

b) Registros etnográficos realizados en cinco centros de formación, dos en hospitales públicos y 3 en instituciones privadas.

c) Registros etnográficos realizados a pacientes en estas instituciones.

Se ha destacado, siempre de manera contradictoria, en nuestra búsqueda, el especial rasgo de la **fuerza de trabajo** que participa en el sistema, en la instrumentación de formas de capacitación de los médicos, en cualquiera de las instituciones de atención médica, por lo cual asumimos como eje temático las relaciones laborales en la formación del médico.

Definiciones de los sistemas de formación de médicos

En cuanto a la clasificación y caracterización (definiciones), de los "sistemas" de formación de los médicos, veremos que las diferencias son bastante explicativas de la confusión y la particularidad de este fenómeno.

Las primeras se seleccionan como las más representativas, luego se incorporan parcialmente, los distintos conceptos que sirven para completar el panorama de las demás definiciones.

*"la residencia médica hospitalaria constituye un sistema educacional, destinado a completar la formación de las escuelas médicas, de manera que el egresado alcance la capacitación y responsabilidad necesarias para desempeñarse con independencia, alto nivel ético y profesional y conciencia sanitaria en las distintas especialidades médicas"*¹

Esta definición tiene diferencias de otra que dice: *"un método que consiste en adjudicarles responsabilidades crecientes, en el estudio y atención de los enfermos, debidamente controlados y dirigidos por personal idóneo con vocación para la enseñanza, como la forma natural y ordinaria"*, y agrega *"la finalidad básica de la residencia es educacional, secundariamente reditúa en beneficio directo sobre la atención hospitalaria y la organización sanitaria,"*²

Podría suponerse que existe un proceso de toma de conciencia de una realidad, que hace a ésta última una definición como más referida a la función de la misma, sin embargo esta definición tiene más de diez años de anterioridad de la primera, que a su vez data del año 1973, lo que nos aclara las características funcionales del "sistema", que como veremos, es tal desde sus orígenes.

Otro autor, nos explica que la formación médica tiene tres etapas, la de pre-grado, la de post-grado que puede ser: a) *la concurrencia* (que según él, es una forma "artesanal", que no dejaremos pasar por alto en nuestro análisis), b) *la residencia* y c) *la educación continua*.

Cuando define *la residencia* dice *"el sistema es un método educacional, en el que el estudio se realiza de acuerdo a un plan orgánico, conocido y aceptado de antemano por el candidato"* y agrega más adelante, *"se basa en la participación activa en la asistencia a través del ejercicio de la responsabilidad progresiva independiente. Al tener un grupo de enfermos, se exige madurez de juicio, equilibrio mental, sentido común, amor al paciente y espíritu de sacrificio"*.³

Para no extendernos demasiado con definiciones solo, concluiremos con algunas frases significativas *"formar en corto lapso"*⁴, *"sistema para orientar la oferta de especialistas, que da respuestas a la creciente demanda asistencial"*⁵, *"entrenamiento formal, no la concurrencia que es la versión en negro"*.⁶

¹ Dr. Roque Benentano
"PUBLICACIONES" – UBA –
Facultad de Medicina – Cátedra
de Enfermedades Infecciosas.
Año IV- Febrero de 1973.

² Dr Mario M. J. Brea "REVISTA
DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA
ARGENTINA" - Vol. 75 N° 6.
Junio 1961 Pag. 272-276.

³ Santas Andrés: "Función
Docente del Hospital".
(libro)Atención de la Salud.
Abraam Sonis y col. Editorial el
Ateneo. Tomo II. Parte III. Pag.
463-471, 1983.

⁴ García Castellanos José.

⁵ Gobierno De la ciudad de Bs.
As.

⁶ Página de Internet.

Ante la pregunta concreta de ¿qué es la residencia?. Formulada a los Jefes de Servicio y a los Jefes de Residencia, tenemos las siguientes respuestas no elaboradas de las que seleccionamos: "la residencia es trabajo", "mire...la residencia es una mística", "lo adecuado es que hubiera lugar para todos los que se forman, en una palabra, que sea obligatoria", "élite, modelo de médico capacitado, dinámico, responsable, independiente".

Cuando se hace la misma pregunta a los Residentes las respuestas son: "es la única forma de aprender algo", "y si no, ¿qué?", "es la excusa para conseguir mano de obra barata...".

Intuimos a partir de estas definiciones que, el significado de la reproducción de los médicos, no está signado precisamente por un proceso de capacitación dadas las características de la actividad, sino más bien por el proceso de utilización del tiempo trabajo que necesita un médico para capacitarse. Este es un comportamiento que ha preocupado a antropólogos como Claude Meillassoux⁷ quien sobre otro contexto en una nota al pie, expresa:

"Dejaré así de lado, como componente de la fuerza de trabajo, la educación o el aprendizaje, cuya integración al razonamiento reforzaría aún más la demostración. (se refiere al razonamiento sobre los medios de subsistencia). En efecto, la educación introduce. Más radicalmente aun que el alimento, el problema de la reproducción ampliada del capitalismo, es decir del crecimiento concomitante de la calificación obrera y de la productividad de los medios de producción puestos a su disposición".

En general en la mayoría de los materiales que se manejaron, el concepto de "trabajo" se desestima, o se incluye como una "desviación", como hemos resaltado en la segunda definición que mencionamos. Esta manera de considerar el trabajo, se corresponde frecuentemente con modos de transición, de un modo de producción en donde la subsunción del trabajo al capital todavía es formal.

Este caso específico, que tiene una "cortina educativa", resulta de alguna manera muy demostrativo de que existen configuraciones, que por el "tipo de actividad", hasta que no se desnuda su real funcionamiento, no asumen su verdadera dimensión y permanecen con cuestionamientos y reproches generalizados de todos los actores, pero sin embargo permanecen en plena vigencia durante años; funcionando de manera anárquica (es decir, sin ningún tipo de regulación formal) aunque se aspire a disciplinarlos. La tarea es, siguiendo a Maurice Godelier⁸.

"¿En qué condiciones y por qué razones determinadas relaciones sociales asumen las funciones de relaciones de producción y controlan la reproducción de estas relaciones y, con ella, la reproducción de las relaciones sociales en su conjunto?"

Resumen histórico de los sistemas de reproducción de los médicos

Es necesario aunque sea muy sucintamente analizar los orígenes y la evolución de estos "sistemas". De esta manera podremos clarificar desde la historia, el significado y las modalidades, de las residencias que, como veremos son configuraciones que con pocos matices se repiten y se adaptan en diferentes lugares y tiempos. Sin embargo para establecer generalizaciones universales, sería necesario investigar el fenómeno en diversas realidades con mayor profundidad, lo cual escapa a este análisis, pero de cualquier manera, en lo esencial, se presentan con un carácter similar en diversos lugares del mundo, que es de destacar.

⁷ Meillassoux Claude: "Mujeres, Graneros y Capitales"(Economía doméstica y capitalismo). Ed. Siglo Veintiuno Editores. Mex.Arg. Col. Trad. Oscar del Barco. Pag. 143. Año 1972.

⁸ Godelier Maurice: "Economía, Fetichismo y Religión En Las Sociedades Primitivas" Ed. Siglo Veintiuno Editores. Pag. 244. Año 1978.

El término "RESIDENCIAS" tiene su origen en los Estados Unidos de Norte América, en donde un Profesor Abraham Flexner en el año 1910, adaptando el modelo de educación médica vigente en Alemania las incorpora formalmente al proceso de reproducción de médicos.

En Alemania el Profesor William Stewar Halsted (1852-1922) ⁹había consagrado las Residencias Médicas en 1893. El desarrollo de la medicina, su reproducción se realizaba en torno de maestros que según sus conocimientos eran preferidos, los cuales cobraban por sus enseñanzas.

La actividad era absolutamente artesanal y empírica, este profesor en su lucha prodigiosa contra las infecciones y las hemorragias, consideró necesario colocar a los pacientes en semicírculo con sus muñones expuestos a control permanente, esta nueva y efectiva tecnología necesitó de "jóvenes graduados con entusiasmo que controlen los pacientes durante las 24 horas".

Antes de proseguir con este resumen, es interesante advertir, que este cambio tecnológico tan importante, que comprometió mano de obra gratis, (tiempo de trabajo) a cambio de enseñanza, un sistema de reciprocidades que, caracterizarla como generalizada en sus inicios, es decir un tipo de transacciones de "ayuda prestada, ayuda retribuida" (yo te enseño - vos me ayudas) va tomando un carácter, de reciprocidad negativa, como forma de "subterfugio" (donde el que aprende lo hace en función del trabajo y no por que reciba instrucción),¹⁰ la cual ha sufrido pocos cambios en los últimos 40 años a pesar de los espectaculares avances tecnológicos, lo cual tiene que ver, en primer lugar: con el hecho de que ha resultado eficiente para realizar la reproducción de esta fuerza de trabajo, y en segundo término: la producción de ganancia adicional es decir, trabajo excedente es óptima (sería imposible maximizar más lo que se consigue gratis y de tiempo completo).

La evolución de la formación de los médicos en Francia es más reglada desde los comienzos ya que, por el año 1613 (antes de la Revolución) los estudiantes eran empleados en el Hospital por la paga de casa y comida. Un rasgo a destacar que ya surgen las primeras "categorías" de profesionales y son los "internos", que como elemento simbólico de diferenciación usan el guardapolvo blanco y los "externos" que no viven en el hospital, de modo que no tienen ni casa ni comida y usan guardapolvo negro; algunos de estos médicos "externos" cuando aprobaban un examen, pasaban a "internos" y cuando terminaban su formación se les entregaban 40 libros como "premio".

Luego de la Revolución surgen los "concursos" es decir, se *elige entre otros*, se sigue pagando la casa y la comida, esto es así (a pesar de que sobran aspirantes) por que se crea el "tiempo completo" la dedicación exclusiva, son los trabajadores que el hospital necesita, y los que tienen "tiempo parcial" trabajan en la calle con su guardapolvo negro.

Sirve al análisis considerar que el estado se hace cargo de la regulación de esta actividad, en 1802 (Philippe Pinel) ¹¹ se toma el primer concurso unificado para todo el país de los médicos (este aspecto regulatorio, tan antiguo en algunos países, no ha sido posible lograr en Argentina, a pesar de numerosas intenciones, lo cual tiene su explicación, entre otras cuestiones, en la significación que tiene esta actividad en la obtención de ganancia).

En Estados Unidos de Norte América, la evolución es anárquica, pero a partir de 1910 a raíz del "Informe Flexner" ¹² comienza un proceso de regulación (similar al de Francia) .

⁹ Halsted William Stewart: Padre de la cirugía norteamericana y de las residencias médicas. Revista Argentina de Residentes Cirujanos, 1966: I: 24/26.

¹⁰ Sahlins Marshall. "Eomomía en la Edad de Piedra" Ed. Akal Editor. 1974. El tratamiento de las reciprocidades

¹¹ Pinel Philippe: Considerado como el fundador de la Psiquiatría en Francia. Se lo reconoce también como fundador de la formación reglada del postgrado, elegía los jóvenes más destacados para su instrucción programada, que deberían estar disponibles las 24 horas.

¹² Flexner Abraham: Médico Educador Americano, en 1910 realizó una evaluación de la enseñanza de la medicina en EEUU y Canadá cuya conclusión era que: de las 155 facultades de Medicina 120 mostraban pésimas condiciones de funcionamiento. Esto significó un ordenamiento paradigmático.

Alrededor de los años 1930 Willam Osler¹³ (del Hospital J. Hopkins) genera "los médicos de la calle" el dice:

"...confinado, acantonado entre los cuatro muros de un hospital, sometido a reglas monásticas, como, ese médico enclaustrado va a poder preparar jóvenes a sudar sangre y agua en los combates de una práctica que ignora y de la cual se desinteresa, no puedo imaginarme nada más contrario a los fines de una enseñanza clínica de profesores que, por su tipo de actividad han perdido todo contacto con el exterior en donde han de actuar esos jóvenes colegas"..¹⁴.

Estos médicos se diferenciarán de los del hospital por que usarán chaqueta, en vez de guardapolvo, como los del hospital, todavía persiste el "síndrome del guardapolvo contra el saco".

El surgimiento de las clases sociales bien diferenciadas, define a quienes serán los encargados del servicio de salud de estas diferencias, es decir que es un servicio que si bien en el discurso siempre se plantea "igualitario" (Juramento Hipocrático: "enseñar este arte, en forma gratuita y sin contrato", Código de ética: "atender al necesitado, igual que al pudiente"...) en la práctica desde sus orígenes no lo es tanto.

Este modelo en la Argentina comienza con Tiburcio Padilla en 1945, seis años después Augusto Moreno 1951, creándose luego numerosas residencias que provocan la conformación del CONSEJO NACIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS (CONAREME) en el año 1967. Se disuelve en 1973, a raíz de los múltiples conflictos entre los distintos actores de distintas instituciones que, tienen su máximo enfrentamiento por el sistema de evaluación por "entrevista personal", una metodología discrecional a la cual el municipio de Bs. As. no está dispuesta a renunciar y se retira del CONAREME, que luego se devalúa y extingue.

Este resumen histórico, muy limitado nos permite hacer la observación de una configuración que tiene un origen remoto como otras, a raíz de la introducción de una nueva modalidad en la producción. Se cristaliza en los EEUU a partir de 1910, y en Argentina en los años posteriores a 1950, esto se relaciona con nuevas formas, nuevas relaciones de producción en el ámbito específico de la actividad médica.

Relaciones que hacen al proceso de reproducción de médicos

Evitando rodeos en el abordaje a los reales procesos que se desarrollan en torno a este "sistema" extractaremos de la documentación que hemos descrito las frases significativas.

*"este aspecto (se refiere a los beneficios de la residencia) suele sobresalir y es interpretado erróneamente, asignando a la residencia un carácter puramente asistencial; lo cual es una deformación conceptual que origina equívocos"*¹⁵ (1961)

Este mismo autor en un trabajo que publica 12 años después (lo cual es un hallazgo esclarecedor) se hace la autocrítica, lamentándose "la impropia valoración (de la situación sanitaria, humana, ética) fue la causa de deformación o adulteración, confundiendo a menudo lo que es adiestramiento en servicio con liso y llano servicio y obtención de "mano de obra barata"..."¹⁶ (1973)

¹³ El Dr. Osler Williams fue otra figura preeminente de su tiempo (1849-1919.) Muchos lo reconocen como al médico perfecto de los tiempos modernos. Del libro de historia de la medicina "Escalpo" de Ágata Young, Ediciones Garriga, S. A. Madrid - Barcelona. Nov. 1957.

¹⁴ Idem nota 13

¹⁵ Dr Mario M. J. Brea "REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA" - Vol. 75 N° 6. Junio 1961 Pag. 272-276.

¹⁶ Brea Mario M. J. : "Evaluación General y Revisión de Las Residencias Médicas". EL DÍA MÉDICO. N° 38 Pag. 1732-1737. 29/10/1973.

"el aspirante tiene: la edad libre de prejuicios, por razones socioeconómicas, ya que todavía no tienen compromisos profesionales, ni se han incorporado a la fuerza de trabajo"¹⁷(1983)

"El crecimiento descontrolado del sistema de obras sociales y las instituciones de prepago son mecanismos de atención médica, que salvo excepciones, no se adecuan al concepto de ejercicio profesional que han debido adquirir los residentes"... "en cuanto a las obras sociales, estas deben ser controladas por el estado más estrictamente, pues el esquema actual permite que se obtenga mano de obra barata con profesionales en los cuales el estado ha invertido ingentes sumas de dinero en capacitar, provocando una distorsión de lo que se pueda haber obtenido a través de una residencia completa". "estos sistemas no contemplan la posibilidad de instituir una residencia en condiciones éticas".¹⁸(1979)

"El futuro de la residencia está íntimamente ligado al destino de nuestra realidad médica, en la cual el pilar fundamental es la reestructuración hospitalaria"¹⁹ Grandi Alejandro: "Estado Actual De La Residencia Médica" BOLETÍN Escritorio de un Pediatra". Año 2000.

"El sistema desvirtúa la formación en pos de transformar al joven en un mero saca trabajo"²⁰(2001)

"sometidos muchos colegas que actúan en ciertos sistemas gerenciados de salud, que de una manera u otra imponen condiciones que culminan con la restricción de su tiempo útil..."²¹(2000)

SP/ 68

Todo el material transcrito (se ha consignando el año de su elaboración al final de cada párrafo para que se reconozca la vigencia en el tiempo) nos conduce a una realidad específica que es posible analizar a partir de la naturaleza de las relaciones de producción. Carlos Marx, cuando trata la "producción *no material*" expresa:

¹⁷ Santas A. Señalado en nota al pie N°3.

¹⁸ Firmat Jorge. "Residencias Médicas" REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA. Nov-Dic 1979

¹⁹ Hereñu Rolando: "Y TRABAJOS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUJANOS. Año XXXII. N°5. Pag. 206-219. 1971.

²⁰ "ZONA PEDIÁTRICA "EscritoriodeunPediatra". <http://www.zonapediátrica.com/segant/editorial/residencias.html>. Abril 2001. (Residencias Médicas. Una Mirada de sus Protagonistas. Nota del diario página 12.

²¹ Hereñu Rolando: "Discurso Para El Egreso De Médicos Residentes, Hospital Naval Pedro Mallo". Sociedad de ética en Medicina – Revista Electrónica – <http://www.sem.intramed.net.ar> Junio 2000.

²² Marx C. "El Capital" Libro I, Capítulo VI. Siglo Veintiuno Editores.

²³ Balibar.

"El producto no es separable del acto de producción. También aquí el modo capitalista de producción solo tiene lugar de manera limitada, y no puede tenerlo, conforme a la naturaleza de la cosa, sino en algunas esferas. (NECESITO AL MEDICO NO A SU MANDADERO). En las instituciones de enseñanza, por ejemplo, para el empresario de la fábrica de conocimientos los docentes pueden ser meros asalariados. Casos similares no deben ser tenidos en cuenta cuando se analiza el conjunto de la producción capitalista."²²

Lo destacado con mayúscula en este análisis reviste especial interés, ya que aquel inimaginable logro de la subsunción real al capital en algunas actividades, se cumple en este caso por un proceso de apropiación de los pacientes, (pacientes cautivos) por una forma de "convenio cerrado" (que no tiene justificativos) . Por eso en este caso la frase "necesito al médico no a su mandadero" pierde vigencia ya que los mandaderos, (o sea los residentes o los concurrentes) son los que atienden los convenios.

"A través de la vinculación de propietarios y no propietarios se construyen relaciones de producción que determinan las relaciones de apropiación del producto social"²³

Los "dueños" de estos semovientes racionales hacen operaciones comerciales "particulares" (que si bien no se consideran "correctas", se transforman por su uso extendido en "normales") es decir que en este caso los destinatarios del servicio se transforman en mercancía, que venden quienes se dicen "servicios asistenciales" (obras sociales, prepagas, mutuales) a quienes contratan "mano de obra", de la cual se apropiarán, (instituciones sanatorias, hospitalarias, etc.) que se llaman prestadores, los cuales en la medida de lo posible (tratarán de pagar poco y hacer trabajar más). Actualmente se van modificando ya que, a expensas de una importante acumulación, los capitales adoptan una modalidad nueva: las "gerenciadoras", que confieren al fenómeno mayor crudeza.

De este modo la frase de Marx que dice:

"ningún hombre compra –prestaciones de servicios- médicas o legales como medio de transformar en capital el dinero así desembolsado".

Queda totalmente superada por la evolución misma que tiene el sistema capitalista, por un mecanismo que no era posible de prever "paciente mercancía".

Coincidimos con C. Meillassoux en el sentido que:

"En función de cada coyuntura una distribución oportuna de los costos y de las tareas entre los empresarios privados y el estado capitalista para asegurar el establecimiento de las estructuras apropiadas a la explotación del trabajo y la realización de la ganancia"

69 / SP

Podríamos suponer que cuestiones tan discutidas y criticadas han perdido vigencia después de 50 años, sin embargo, estos testimonios, de residentes dan cuenta de la situación en el año 2001.

*"una vez adentro (de la residencia) la formación muchas veces tiene su precio. Una cantidad de trabajo que puede superar cualquier límite legal, estresante, verticalista, no exento de malos tratos y una realidad de un público que golpea de cerca y poco tiene que ver con los relucientes sanatorios que aparecen en las series de TV"*²⁴

*"Pero lo malo es que trabajas al límite, por que contratan la cantidad de gente y tenés que luchar contra las presiones de una empresa ¿en que consisten? Las obras sociales y las prepagas pagan por un módulo de internación y cuando el paciente se queda internado más tiempo del previsto es pérdida para el hospital, entonces te presionan para que le des el alta. No debería ser así por que se está jugando con la salud de la gente"*²⁵

Por lo tanto, la maximización de la ganancia, se expresa en todos los aspectos de la prestación, sobre la base de una monopolización en la prestación.

Estos planteos que hacen a la prestación de un servicio nos permiten la comprensión del significado y el por que la perpetuación del "sistema" a pesar de las numerosas críticas.

Existe una necesidad real de capacitarse y acreditarse para entrar en el mercado laboral, esto es manipulado, el sistema somete a los profesionales en una subsunción real del trabajo al capital dejando atrás la transición.

Debe aclararse, por otro lado, que las reglamentaciones de todas las residencias revisadas aclaran, con notable insistencia de que los residentes tienen la **obligación** de realizar las historias clínicas, que es un tiempo que se insume en función de elaborar un producto y este es el valor que luego cobra la "empresa médica" en su "convenio".

²⁴ Idem nota 18

²⁵ Idem nota 18

Además existe la ventaja de que, por definición no obliga al capitalista a garantizar y ni siquiera a tener en cuenta la estabilidad laboral, lo cual es muy importante para la mayoría de los establecimientos.

"si sacaran las residencias y dejaran las concurrencias para no pagarle a nadie, igual vendría gente a especializarse".

El ingreso al sistema es codiciado, esto se demuestra además en situaciones como que las residencias en el Hospital Ferroviario tienen prioridad los parientes (hijos y hermanos) de ferroviarios, (las relaciones de parentesco en el ámbito médico es un fenómeno que merece atención particular).

No se puede dejar de considerar las connotaciones que hacen a los "valores" de índole, moral, ético y humano que entran en juego en estas configuraciones de enseñanza de la medicina que, desde su inicio significan: competencia, discriminación y humillación. Lo cual difícilmente en un proceso pueda tener vigencia una formación ética, siendo lo más probable que estos aspectos negativos se reproduzcan en cada espacio del proceso.

La mayoría de las fuentes revisadas, insisten con los aspectos morales de la formación, como así también realizan algunas observaciones sobre las falencias. De uno de nuestros registros, extraemos los siguientes conceptos, que son elocuentes en su contenido ético y moral.

"recién ahora me doy cuenta de que, al comienzo, hacía muchas barbaridades"

"cuando estas agotado y viene otro paciente, lo odias"

"podes encontrar hospitales recién inaugurados, que parecen lindos desde afuera pero yo no dejaría ni loco que me internen"

Estas cuestiones sumadas a otras, como son: las particulares maneras que las familias integran los ámbitos de la medicina, los mecanismos de justificación de las desviaciones, la natural tendencia de que quienes acceden a las residencias integren elites, el fracaso del sistema en cuanto a la radicación de quienes egresan, (la gran mayoría se queda en los centros urbanos, lo que como principio, difiere del la finalidad de la residencia), los espacios destinados a la residencia (dormitorios, baños, etc) que en numerosos centros médicos no cumplen con los mínimos requisitos que establece la reglamentación que deben cumplir los establecimientos, la utilización por parte de las empresas de la publicidad, etc.; son importantes aspectos en la comprensión del fenómeno, pero que exceden los objetivos planteados en el presente análisis.

Conclusiones

Las configuraciones de profesionales y quizás también de algunos oficios, son cuestiones que nos permiten reconocer relaciones de reciprocidad que adquieren distinto carácter, de acuerdo a los elementos tecnológicos y la organización económica que domina en las mismas y que a pesar de el tipo de actividad, las formas del sistema pueden lograr el paso de un estado de subsunción formal en transición, a una subsunción real del trabajo al capital, aunque tome el carácter o nombre de "beca", lo que en realidad es un salario, con todas sus connotaciones.

Se desprende de este abordaje que estas formas de relaciones humanas, donde el objetivo es la enseñanza, se cumplen no solo en los términos formales ya que la realidad en general demuestra lo contrario.

Finalmente, como concepto emergente citamos a Hindess, Hirst ²⁶ :

²⁶ Citado por H. Trincero: "Antropología Económica II" "Centro Editor de America Latina" . 1992.

"Es el modo de apropiación del trabajo excedente el que define las relaciones sociales de producción".

y a Balazote, Rotman²⁷:

“La dinámica reproductiva del modo de producción capitalista, la producción de productores, es clave en la reproducción del modo de producción capitalista”.

Es interesante agregar al terminar, que este “sistema” de capacitación llamado residencia, toma distintas modalidades en distintos países, lo que podemos asociar a estos conceptos, por ejemplo las especialidades varían en número así en Argentina las reconocidas son 50, en Brasil 66, en Chile 38, en Costa Rica 91. Lo cual también se relaciona con la dinámica reproductiva y la apropiación del trabajo excedente.

Bibliografía

1. Benentano Roque - “PUBLICACIONES” – UBA – Facultad de Medicina – Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Año IV- Febrero de 1973.
2. Brea Mario M. J.- “REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA” - Vol. 75 N° 6. Junio 1961 Pag. 272-276.
3. Brea Mario M. J. : “Evaluación General y Revisión de Las Residencias Médicas”. EL DÍA MÉDICO. N° 38 Pag. 1732-1737. 29/10/1973.
4. Firmat Jorge. “Residencias Médicas” REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA. Nov-Dic 1979
5. Godelier Maurice - “Economía, Fetichismo y Religión En Las Sociedades Primitivas” Ed. Siglo Veintiuno Editores. Pag. 244. Año 1978.
6. Grandi Alejandro: “Estado Actual De La Residencia Médica” BOLETÍN Escritorio de un Pediatra”. Año 2000.
7. Halsted William Stewart: Padre de la cirugía norteamericana y de las residencias médicas. Revista Argentina de Residentes Cirujanos, 1966: I: 24/26.
8. Hereñu Rolando: “ TRABAJOS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUJANOS. Año XXXII. N°5. Pag. 206-219. 1971
9. Hereñu Rolando: “Discurso Para El Egreso De Médicos Residentes, Hospital Naval Pedro Mallo”. Sociedad de ética en Medicina – Revista Electrónica – <http://www.sem.intramed.net.ar> Junio 2000.
10. Marx C. “El Capital” Libro I, Capítulo VI. Siglo Veintiuno Editores.
11. Meillassoux Claude - “Mujeres, Graneros y Capitales”-(Economía doméstica y capitalismo). Ed. Siglo Veintiuno Editores. Mex.Arg. Col. Trad. Oscar del Barco. Pag. 143. Año 1972.
12. Rotman M., Balazote A.”Antropología Económica I” “Los Conceptos De Modo De Producción Y Formación Económica Social”. “Centro editor de América Latina”. Pag 172. 1992.
13. Sahlins Marshall. “Eonomía en la Edad de Piedra” Ed. Akal Editor. 1974. El tratamiento de las reciprocidades .
14. Santas Andrés - “Función Docente del Hospital”. (libro) ATENCIÓN DE LA SALUD. Abraam Sonis y col. Editorial el Ateneo. Tomo II. Parte III. Pag. 463-471, 1983.
15. ZONAPEDIÁTRICA - <http://www.zonapediátrica.com/segpant/editorial/residencias.html> . “Escritorio de un Pediatra”. Abril 2001. Residencias Médicas. Una Mirada de sus Protagonistas.
16. Trincherro H. :”Antropología Económica II” “Centro Editor de America Latina” . 1992. 17 - Young Ágata - “Escalpeló”-(Historia de la Medicina), Ediciones Garriga, S. A. Madrid – Barcelona. Nov. 1957.

²⁷ Rotman M., Balazote A.”Antropología Económica I” “Los Conceptos De Modo De Producción Y Formación Económica Social”. “Centro editor de América Latina”. Pag 172. 1992.