



El médico y la medicina

Autonomía y vínculos de confianza en la
práctica profesional del siglo XX

Lilia Blima Schraiber



El médico y la medicina:
Autonomía y vínculos de confianza en la
práctica profesional del siglo XX

Lilia Blima Schraiber

Schraiber, Lilia Blima

El médico y la medicina : autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XXI / Lilia Blima Schraiber. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2019.

CD-ROM, PDF

ISBN 978-987-4937-21-6

1. Salud Pública. 2. Práctica Profesional. 3. Medicina. I. Título.
CDD 610.1

Colección *Cuadernos del ISCo*
Serie *Salud Colectiva*

Director: *Hugo Spinelli*

Editoras ejecutivas: *Jescy Montoya, Viviana Martinovich*

Traducción al español: *Viviana Martinovich*

Fotografías de tapa e interiores: *Colección Werner Haberkorn, acervo del Museo Paulista de la Universidade de São Paulo; y acervo fotográfico del Museu da Cidade de São Paulo.*

Agradecemos a la Editora Hucitec de Brasil por la autorización para la publicación en español de los dos textos que sirvieron de base para este libro: *O médico e seu trabalho: Limites da liberdade*, publicado en 1993 y *O médico e suas interações: A crise dos vínculos de confiança*, en 2008.

© 2019, Lilia Blima Schraiber

© 2019, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-4937-21-6 (PDF)

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada,
Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727

edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Werthein", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada,
Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958

<http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Índice

Presentación de la edición en español	VII
Prólogo: Sobre el arte de desencantar un campo <i>Roberto Castro</i>	XIII

Parte I. Travesía: contextos y construcciones del estudio

Capítulo 1. Los médicos y la medicina	3
Capítulo 2. La profesión médica: ayer y hoy	21

Parte II. El médico y su trabajo: referenciales y límites de la libertad

Capítulo 3. “ <i>iDoctor, aquí está su sombrero!</i> ” La medicina liberal en las historias de los médicos	41
Capítulo 4. El cotidiano profesional en tiempos de cambios	65
Capítulo 5. Libertad, valor y presupuesto del trabajo	111
Capítulo 6. Medicina liberal en el mundo de los negocios y del salario: Arte y ciencia	137

Parte III. La medicina tecnológica

Capítulo 7. Capitalización y tecnicismo: tensionando la autonomía y los vínculos de confianza	153
Capítulo 8. ¡Un médico de cartilla!: la medicina tecnológica en la vida laboral	173
Capítulo 9. Desafíos y dilemas de una profesión en crisis	205
Capítulo 10. Técnica y ética en la práctica médica: espacios y relaciones de los sujetos	251

Referencias Bibliográficas	269
----------------------------	-----



Foto: Werner Haberkorn. Vista parcial de la Avenida São João. São Paulo, Brasil. Acervo del Museu Paulista de la Universidade de São Paulo.

Agradecimientos

A mis entrevistados, de quienes ocupé preciosas horas, y cuya colaboración fue siempre muy gentil y amistosa en los dos estudios realizados.

A los inolvidables colaboradores Carlos Augusto Luchesi, Patrícia Pinheiro, Diane Dedé Cohen, Ricardo Fernandes Góes y Silvia Cristina Mulé, por la tarea de transcribir las historias de vida.

Al inestimable apoyo de Ricardo Fernandes Góes en la coordinación de las actividades de investigación en los diversos proyectos científicos.

A André Mota y José Ricardo Ayres por sus lecturas criteriosas.

Al *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* (CNPq), por el apoyo financiero para su realización.

Presentación de la edición en español

El presente libro es una compilación de dos estudios: el primero, escrito en 1989 y publicado en 1993 por la editorial Hucitec, bajo el título *O médico e seu trabalho: Limites da liberdade* y, el segundo, escrito en 1997 y publicado por la misma editorial en 2008, bajo el título *O médico e suas interações: A crise dos vínculos de confiança*.

Son dos producciones secuenciales y basadas en investigaciones empíricas realizadas bajo el mismo diseño y la misma metodología, enmarcadas en la línea de investigación cualitativa referente a historias de vida. No detallaré este aspecto, tal como lo hice en las publicaciones brasileñas y en diversos artículos (Schraiber, 1995), aunque cabe señalar, en líneas generales, que las investigaciones se sustentaron en el relato histórico de médicos de las cuatro grandes áreas de la medicina: clínica médica, clínica quirúrgica, pediatría y ginecología. Como resultado de las entrevistas a estos médicos se obtuvieron narraciones de historias de vida, focalizadas en la vida laboral en la ciudad de San Pablo. El análisis y la interpretación de las narraciones se sustentaron y complementaron con estudios sobre la historia de la medicina brasileña, textos de la época que aportaban debates sobre cuestiones emblemáticas para la profesión e investigaciones específicas sobre el mercado de trabajo de los médicos en Brasil y en San Pablo.

En la primera investigación, las entrevistas se realizaron en 1987 a médicos profesionales graduados entre 1930 y 1955 y, en la segunda, las entrevistas se realizaron en 1997 a médicos graduados entre 1980 y 1985. A través de esos dos estudios busqué comprender los cambios que atravesó la profesión médica a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. El primer estudio, con base en el movimiento de especialización y tecnicismo iniciado en la década de 1960 y consolidado en los años 1980, muestra la medicina liberal del pequeño productor de consultorio privado, configurada en la primera mitad del siglo XX, en San Pablo, y la superación de esa modalidad entre los años 1960 y 1980. El segundo trabajo, describe la nueva medicina que surgió a partir de la década de 1980: la medicina empresarial y tecnológica de la producción centrada en el hospital.

La profesión y la práctica de los médicos podrían haber sido estudiadas desde muchos ángulos pero, por razones que se comprenderán a lo largo del texto, opté por aproximarme a la práctica no como aplicación de conocimientos en el ejercicio de una profesión, sino como producción de un trabajo social en el que se hace uso del conocimiento científico-tecnológico. Seguí el estudio pionero de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves titulado *Medicina e história: raízes sociais del trabajo médico*, escrito en 1979 y publicado como libro en español, en 1984, por Siglo XXI Editores. Al abordar las prácticas en salud como procesos históricos de trabajo, ese estudio se contrapone a los que postulan una continuidad de las intenciones de la medicina

desde los tiempos más remotos, entendida como una especie de actuación supra-social, cuya práctica se basa en el altruismo humanitario de sus agentes.

En un estudio de 1986, publicado en Brasil en 1994, el mismo Mendes-Gonçalves examina en profundidad el papel del saber y de los recursos materiales en el proceso de trabajo, reelaborando el concepto de *tecnología* y formulando los de *saber operante* y *modelos* (o *proyectos*) *tecnológicos* del trabajo en salud. Inspirada en esos conceptos trabajé la medicina liberal y la tecnológica como acuerdos históricamente dados en el plano técnico, organizacional y mercantil.

Identificar estos planos y su totalización histórico-social en determinados acuerdos, que son al mismo tiempo tecnológicos y de producción asistencial, me permitió, en el primer estudio, defender la tesis de que los médicos, tensionados por la salarización y por el progresivo impulso empresarial en la producción de su trabajo asistencial, experimentaron grandes cambios en la autonomía liberal, lo que se transformó en la principal cuestión para los profesionales en aquella época. Tanto la corporación médica, como cada médico en forma individual, al valorar la autonomía que posibilitaba tener cierta libertad —aunque fuese una libertad regida por contextos sociohistóricos muy delimitados— reconocieron las pérdidas importantes en los planos mercantil y organizacional. No obstante, buscaron preservar su libertad, al menos, en el plano de la técnica, en el ejercicio del juicio clínico y de la decisión del tratamiento. Ese proceso no solo me permitió ver cuán compleja había sido la construcción de la autonomía profesional, desde los tres planos mencionados de la producción, sino también advertir la segmentación entre ellos, a partir de que se instala y se acepta progresivamente la salarización de la profesión.

Conservando el mismo enfoque del primer estudio, en el segundo defendí la tesis de que, a fines del siglo XX, la cuestión crítica migra hacia el plano de la técnica —que es el de la realización de la consulta y del encuentro clínico— y pasa a situarse en ese ámbito relacional del trabajo de los médicos: en sus interacciones. Las relaciones con el paciente y con el saber —construidas al interior de la medicina liberal— sufren transformaciones tan intensas en la medicina tecnológica que se generan *rupturas de las interacciones*, que se extienden a las relaciones con los colegas y con los demás profesionales de la salud.

Abordé esas rupturas como una cuestión de y para la autonomía de los médicos, pues la construcción de esa autonomía fue un importante referencial en la vida material y simbólica de la profesión, cuyos efectos significan también para los médicos una ruptura con la *tradición* de los desempeños profesionales que, desde el punto de vista teórico-conceptual y siguiendo a Arendt (2003), entiendo como una situación de “crisis” en la cual, ante problemas o tensiones vividas en la experiencia de la profesión, el pasado ya no puede proporcionar criterios para posibles soluciones. Esto situará al médico de otra forma frente al mayor poder tradicionalmente conquistado en sus relaciones de producción.

En los dos estudios realizados, observé el cotidiano y la vida de hombres comunes; más precisamente, la práctica profesional de médicos comunes, cuyo registro es bastante escaso. La historia de la profesión está frecuentemente dedicada a las “grandes celebridades” de la medicina y sus “hechos heroicos” o innovaciones tecnológicas vistas

como fruto de algunas “personalidades geniales” y creativas. Sin seguir esta huella de los grandes hombres busqué, por el contrario, al médico común y el modo de producir los servicios médicos en las condiciones del día a día, en las que se reproduce el acto profesional, uniforme y único como modo genérico de practicar la medicina, en las diversas y desiguales situaciones de trabajo existentes. Si bien en la medicina liberal las situaciones de ejercicio profesional no eran iguales, aunque mucho más homogéneas que en la medicina tecnológica, en esta última la heterogeneidad es enorme.

Para analizar esas diferencias internas, además del *modelo o proyecto tecnológico y asistencial* del trabajo, tomé otras categorías. Este concepto hace referencia a un modo general de producir servicios y practicar la medicina en sociedad. Ese modo general es social e histórico y corresponde, como ya mencioné, a la medicina liberal en la modernidad y, más recientemente, a la medicina tecnológica. Pero que sea un modo general de realización de la práctica y la profesión no significa que se efective completamente en todas las situaciones de trabajo, sino que se acerca más en algunas situaciones que en otras. Las primeras son, usualmente, aquellas vinculadas a los médicos que son referentes en la profesión, es decir, en una escala jerárquica de valor están situados en su punto más alto. Esa elite profesional, que abarca a unos pocos, proporciona a los médicos como un todo la base objetiva de la existencia posible de lo idealizado, forjando, así, un marco referencial de la profesión. De este modo, ciertas prácticas particulares funcionan como base material de imágenes y aspiraciones profesionales, que se tornan “valor culturalmente hegemónico” (Gramsci, 1968), el modo adecuado y correcto de producir la atención y, por lo tanto, la referencia de una “buena práctica”, que se transforma, para la sociedad en general, en el modo asistencial a ser alcanzado en la búsqueda de cuidados.

Ese modo inspirado en las elites médicas carga el peso de un modelo dominante que, en la realidad concreta y particular vivida por la mayoría de los profesionales, se reproduce solo en algunos aspectos, lo que hace que, en la sociedad, se encuentren situaciones más o menos cercanas a ese referencial. Conceptualmente, se trata de la *reproducción ampliada* del modelo o del proyecto tecnológico y asistencial, que sirve como referencia para la identidad profesional común. En la medida en que sea entendido como la “buena práctica”, o el correcto ejercicio profesional, o la “profesión noble” entre los trabajos sociales, ese modelo se establece como un ideal a ser perseguido por todos.

Sin embargo, de esa distancia entre lo ideal y la práctica deriva el profundo *extrañamiento* de los médicos hacia sus trabajos cotidianos, lo que se verifica, sobre todo, a partir de fines del siglo XX hasta la actualidad (Gomes, 2017). La manera por la cual los propios médicos reaccionan y lidian con ese distanciamiento termina por inscribir nuevas y relevantes problemáticas en la producción de los servicios. Bastante discutidas en Brasil, se aglutinan en torno a los ejes de la “deshumanización” y de la “violencia” de los servicios de salud como cuestión de política pública. No voy a tratar aquí las mencionadas *rupturas de las interacciones* bajo el marco teórico de la deshumanización o incluso como situaciones generadoras de violencias. Estas últimas, al menos en parte, están abordadas en el artículo de Azeredo y Schraiber (2016). La deshumanización, a su vez, ha sido explorada en estudios acerca del movimiento brasileño contemporáneo

—que concibió una política nacional de humanización en salud— y en los cuales también se rescata la noción de *cuidado en salud* (Deslandes, 2006; Ayres, 2009).

Sin duda, busco dialogar con estos estudios al colocar la construcción y la pérdida de los vínculos de confianza en la constitución y superación de la medicina liberal, en pro de la medicina tecnológica. Tales vínculos de confianza correspondían a una modalidad de interacción, la cual, aunque no fuera entre sujetos simétricos, definía un determinado *encuentro*, una determinada calificación del otro como sujeto, en las relaciones con el médico. Pretendo alcanzar, así, las razones históricas y sociales del actual *desencuentro*, identificando e interpretando el contexto que lo generó. Examinó esa crisis de los vínculos de confianza, tal como lo hice en su construcción, bajo el mismo enfoque relacional del médico con su trabajo y todos los cambios históricos se analizan desde este recorte.

Sin embargo, cabe señalar que, tanto por la época en que cada estudio fue realizado y fue publicado, como por la problemática centralmente configurada para los médicos —la salarización, en el primero contexto, y las interacciones, en el segundo— entre ambos estudios se produce una cierta diversificación de lenguaje y de referencias bibliográficas, lo que se refleja en esta compilación de las publicaciones anteriores. Aún así, en ambos estudios, busqué referentes en diversas disciplinas de las ciencias humanas y de la filosofía, con el propósito de construir un diálogo interdisciplinar.

Si tal pretensión me planteó una serie de dificultades en la elección y el uso de los lenguajes, desde el punto de vista del trabajo de campo, al realizar las entrevistas, debo decir que, siendo médica y con experiencia clínica, pude encontrar caminos y formas de producir los datos empíricos que fueron metodológicamente muy instigadores. Ilustro esta afirmación con el modo como, en la primera investigación, los médicos aceptaban concederme la entrevista, pues la reacción más fría con mis cartas institucionales de presentación contrastaba con la forma efusiva con la que me trataban al saber no solo que era médica, sino que ellos habían sido indicados por otro entrevistado a quien conocían personalmente (por medio de la técnica de “bola de nieve”). Esa recepción me permitió entender cuán valorada era la red informal y personal al interior de la medicina liberal. Las personalidades podrían legitimar acciones e interacciones, frente a una menor importancia de las instituciones, en ese mismo sentido, incluso llevando una carta de la *Facultad de Medicina* de la *Universidade de São Paulo*, institución con tradición en enseñanza y muy respetada. Ya en el segundo estudio, las instituciones ocuparon otro lugar en esa red de relaciones, pues aunque volví a utilizar la técnica de bola de nieve, la mención a la *Facultad de Medicina* suscitaba otro interés. Los médicos contactados exclamaban: “Ah... *institución de punta!*”. Expresaban, así, el hecho de que, por un lado, la institución me legitimaba en la entrevista con ellos, que eran médicos especialistas y, por otro lado, señalaba la gran valorización de las innovaciones científicas y tecnológicas de la medicina más contemporánea y de la cual participaban, lo que igualmente identificaba y validaba nuestra interacción.

Creo que ambos estudios revelan mis múltiples entradas a los temas abordados. Desde ese lugar hice mis reflexiones y busqué contribuir a la interdisciplinariedad en el campo de la salud. Pero debo señalar la dificultad de encontrar un equilibrio entre

el campo científico y el práctico en los que me gustaría que circulen estos estudios. El necesario recorrido interdisciplinario no facilitó la tarea de producir un texto que sea riguroso y, al mismo tiempo, de fácil comprensión y, cuando no fue posible contemplar las dos exigencias, sacrifiqué la última, intentando ofrecer ambas traducciones entre los diversos y plurales lenguajes regionales que me amparan. Espero que estos problemas estimulen otros estudios interdisciplinares.

En cuanto a la forma, la compilación en una sola publicación exigió una reorganización de los textos, de modo de evitar las reiteraciones y conservar la secuencia histórica. Para que la lectura aportara una visión más temporal que la estructura de los dos trabajos, repartí la publicación en cuatro partes. La Parte I, que denominé *“Travesía: contextos y construcciones del estudio”*, comienza con los referentes teóricos y conceptuales utilizados, y analiza las razones de su adopción para abordar las épocas estudiadas. Esa primera parte concluye con la presentación del contexto del mercado de trabajo de los médicos, y articula el primero período, correspondiente a la conformación de la medicina liberal y su transición a la medicina tecnológica, con el segundo período, que examina específicamente a esta última. Señalo los contrastes diacrónicos, en el sentido de mostrar las situaciones de trabajo en las que se insertan los entrevistados y a partir de las cuales discurren sobre sus prácticas y ejercicios profesionales en su cotidiano. En la Parte II, denominada *“El médico y su trabajo: referenciales y límites de la libertad”*, analizo la medicina liberal en Brasil como medicina de la modernidad y muestro cómo se constituyó en una práctica de base biomédica y una profesión de consultorio privado, en la que se conforman los vínculos de confianza en las relaciones con los médicos. Para finalizar presento la superación de ese acuerdo, mostrando cómo los médicos buscan preservar estos vínculos como parte de conservar su propia autonomía técnica. En la Parte III, denominada *“El médico y sus interacciones: la crisis de los vínculos de confianza”*, muestro las nuevas posiciones de los médicos en relación con sus trabajos, en contraste con la medicina liberal, y señalo los cambios de la medicina tecnológica relativos a la producción social de la atención médica, tanto en términos de las relaciones técnicas, como en términos de las interacciones. Analizo el surgimiento de una gran tensión que se produce exactamente en esa esfera de las interacciones y que, a partir de las nuevas dinámicas relacionales, genera una crisis de los vínculos de confianza que se refleja en la identidad profesional. Concluyo esta parte retomando los ejes constitutivos de la intervención técnica y de la relación ética, tal como se configuran en la medicina de la modernidad, en su construcción de la Clínica, como la gran referencia de la práctica y de la profesión en Medicina. Y como consideraciones finales, retomo este tema en el marco de las tensiones que presenta la Clínica, en la actualidad, en función de las transformaciones históricas ocurridas.

Por último, debo decir que conservé el registro original del texto y su actualidad se centra en los relatos históricos: plasmar los cambios en la profesión médica permite pensar las cuestiones del presente para un renacimiento en términos futuros, una nueva natalidad (Arendt, 2003): otras relaciones de los médicos con sus trabajos que representen otros sujetos para una nueva medicina y nueva vida social.

Lilia B. Schraiber, octubre de 2018

Sobre el arte de desencantar un campo

Roberto Castro

Producto de la sociología espontánea, que expresa el “conocimiento” social que poseen los agentes por el mero hecho de ser parte de la sociedad, la así llamada *deshumanización* de la medicina suele ser pensada tanto por los profesionales de salud como por los usuarios de los servicios, como un problema de “pérdida de valores”, o como una especie de “devaluación” de la calidad moral de los prestadores de servicios, o bien como un caso paradigmático de una cierta “decadencia” de la capacidad compasiva del personal médico y de enfermería en su trato con pacientes y enfermos. Se lo percibe, por tanto, como un problema básicamente individual que se reduce al talante moral de los agentes, o que refleja su supuesta carencia de virtudes personales, que se manifiesta en una falta de calidez y consideración para con quienes buscan atención médica.

Como lo muestra Lilia Blima Schraiber en este libro, el problema es enteramente de otra naturaleza. Estamos, en efecto, ante una transformación de gran envergadura del campo médico, que se inició por lo menos desde mediados del siglo pasado y cuyos signos de cambio siguen en marcha hoy en día. Se trata de una evolución anclada en bases materiales y objetivas indisolublemente vinculadas a la profundización del capitalismo en nuestras sociedades, más que a preferencias personales subjetivas o a rasgos de personalidad particulares.

Dicho proceso se caracteriza por el tránsito de la medicina artesanal, liberal, de consultorio, ejercida por un médico generalista que basaba su quehacer en la anamnesis, la clínica, la formulación de remedios que debían ser preparados en la botica, y el conocimiento y acompañamiento del paciente hasta su recuperación, a una medicina basada en las especialidades, que tiene a los médicos en calidad de empleados trabajando en grandes corporaciones, sin mayor control sobre sus condiciones de trabajo y con escasas posibilidades de desarrollar una relación personal con los usuarios de tales servicios. Se trata de cambios muy complejos en los que el desarrollo de la tecnología médica ha ido paralela al surgimiento de los especialistas, a la sustitución de las fórmulas por los medicamentos industrializados de patente y, concomitantemente, a la progresiva eliminación, en el acto médico, de todo lo que no tenga que ver directamente con la enfermedad tratada o con el órgano o sistema intervenido. En una palabra, se trata de una serie de transformaciones de la práctica médica que se explican por la creciente mercantilización de los servicios, esto es, por la inexorable absorción de la medicina dentro de la lógica del mercado.

Es verdad que se trata de un fenómeno específico de la práctica médica y de los servicios de salud. Desde 1961, en el prólogo que escribí para la traducción al español de *La Imaginación Sociológica* de Wright Mills, Gino Germani observó un fenómeno similar que se registra en el desarrollo científico en general. Los estudios que Lilia Blima desarrolla en este libro ilustran en detalle esta transformación para el caso de la medicina: la transición de la fase artesanal a la fase industrial, del generalista al especialista, del profesional aislado al profesional en una burocracia donde ya no es dueño de todos sus medios de producción.

Así, lo que ante el ojo no entrenado se presenta como una crisis de deshumanización de la medicina, en realidad es, entre otras cosas, una pérdida de los vínculos de confianza de la medicina liberal, que eran posibles no porque entonces hubiera personas más virtuosas, sino porque se correspondían con ciertas bases materiales y condiciones objetivas que no existen más de esa forma, y que se han transformado. O bien, si se quiere, la medicina de antaño era más cálida y personalizada, pero dichas virtudes existían porque la práctica médica descansaba sobre bases materiales que lo permitían, pero que no existen más. La tesis de Lilia Blima Schraiber es que la llamada “deshumanización” de la medicina es ante todo un problema sociológico cuya explicación debe rastrearse en los cambios materiales que subyacen a la nueva práctica médica.

Estos cambios, en efecto, son de gran complejidad. La dialéctica entre la tecnologización y el desarrollo de las especialidades médicas se asoció al surgimiento de grandes instituciones de salud públicas y privadas, no solo en la medida en que se fue legislando el derecho de los diversos sectores de la sociedad a acceder a los servicios de salud, sino porque son las grandes instituciones las que pueden adquirir dichas tecnologías, opción que se volvió inviable para un médico particular. Por tanto, especialización, tecnologización e institucionalización son facetas de un mismo fenómeno colectivo.

La institucionalización de la medicina, a su vez, supuso un cambio de la práctica individual, que ha debido transitar del trabajo independiente, por cuenta propia, al empleo asalariado como forma de inserción en el mercado de trabajo. Con gran lucidez, la autora muestra cómo el prestigio personal del médico liberal se ha desplazado al prestigio de la institución. De igual manera, se ha debido pasar de la negociación de los costos en la medicina liberal, a la instauración de costos fijos, incluyendo el ingreso (ahora salario) del médico. De la consulta amplia, prolongada, sin demasiados recursos tecnológicos, basada en fórmulas, se ha transitado, por vía de la mercantilización, a la microconsulta, impersonal, tecnologizada, basada en medicamentos de patente.

Pero emerge una contradicción muy importante en la práctica médica actual entre la corporativización que impone el capitalismo y la necesidad de autonomía de los médicos. La cuestión que se presenta, entonces, es la de la autonomía de la profesión, y cómo se ha resuelto ésta en el marco de las nuevas condiciones. Sin duda alguna, la profesión médica perdió autonomía en el plano mercantil y organizacional. La lucha por preservar algo de autonomía se centra ahora en el plano de la técnica, el ejercicio del juicio clínico y la decisión del tratamiento. Así, el

reordenamiento del proceso de trabajo ha supuesto para los médicos conservar el control sobre la acción técnica pero perder el control sobre la forma de organizar la producción social de los servicios.

Lejos de sucumbir en la melancolía, la investigación de Lilia Blima Schraiber nos advierte también sobre la necesidad de evitar la tentación de construir evocaciones románticas o encantadas de la medicina del pasado. Aquella tampoco fue una medicina universal, igualitaria o del todo incluyente, pues también funcionaba con criterios de jerarquización que a su vez podían servir para reproducir las desigualdades sociales. Sólo que eran diferentes. Así, por ejemplo, se diferenciaba con claridad a los médicos “del centro” urbano de los médicos de barrio. La capacidad de un médico de abrir y sostener su consultorio en áreas de mayor prestigio no era meramente un acto de audacia personal, sino que se vinculaba a la disponibilidad de diversos capitales que se ponían en juego para alcanzar el éxito. En esa medicina, las jerarquizaciones eran más bien de carácter geoespacial, pero su efecto simbólico era, no por eso, menos real.

En cambio, al consumarse la separación de los médicos de sus medios de producción se consolidó el desarrollo de especializaciones, que a su vez se asoció al desarrollo de nuevas jerarquizaciones a partir de la nueva base material que las sustenta. Con el crecimiento de la producción de servicios médicos asistenciales a sectores más amplios de la población, se redistribuye a los usuarios por tipos de institución, cuya tipología responde a su vez a una clasificación social basada en la segmentación y la estratificación social, producto a su vez de los mecanismos de pago a que tienen acceso los diversos sectores de la población. Ello traduce consecuencias directas que repercuten también en la transformación de los vínculos médico-paciente. Lo que antes el médico escuchaba de viva voz del paciente, ahora lo infiere a partir del tipo de cliente: de consultorio, de seguro estatal, de corporación privada, etc.

Por tanto, la mercantilización del trabajo, que se asocia estrechamente al desarrollo del capitalismo y a la tecnologización de la práctica, traduce un desplazamiento del enfermo y de todo su contexto social a los márgenes del acto médico. Se desarrolla una tecnología material que hace innecesaria la anamnesis, y se establece un tipo de vínculo en el que no hay cabida para el acompañamiento y la dedicación personalizada que conoció la medicina liberal. El contacto personal de entonces ha cedido su lugar a la tecnificación de la atención, que incluye también una fragmentación del proceso de atención: el trabajo manual queda a cargo de enfermeras o paramédicos, el trabajo técnico a cargo del especialista, el procesamiento de los usuarios (que incluye mecanismos de ingreso a los servicios y cobros) queda a cargo de personal administrativo, todo lo cual da lugar a una apropiación aislada del individuo enfermo, como si se tratara de objetos independientes de trabajo. He ahí la esencia de la llamada “deshumanización” de la medicina moderna. Se trata de un fenómeno que muy poco tiene que ver con los actores de manera aislada o con los defectos de carácter que éstos puedan presentar, y sí mucho con el tipo de relaciones sociales que producen las nuevas bases materiales sobre las que se organiza la práctica médica. La radicalidad del cambio queda en evidencia cuando

la autora muestra que antes el vínculo se establecía entre el médico y el paciente, asistido por cierta tecnología; ahora, en cambio, el vínculo es entre el médico y la tecnología, asistido por el paciente; y entre el paciente y la tecnología asistido por el médico.

El cambio se refleja también en la experiencia subjetiva de los médicos que, sujetos a un encantamiento que con toda certeza podríamos dilucidar sociológicamente, antaño vivían su práctica imbuidos en lo que les parecía una buena dosis de altruismo (probablemente una necesidad de hacer, de la necesidad, virtud); hoy, en cambio, los médicos viven su práctica cotidiana con una mucho menor sensación de estar siendo altruistas y mucho más directamente confrontados al carácter real de su ocupación: un empleo o un negocio. Queda así, evidenciado, que el avance de la mercantilización traduce enormes costos no solo para los pacientes que se quejan de una deshumanización en la atención que reciben, sino también para los médicos, que reportan sufrir una pérdida de respetabilidad, dado que tienen ahora una respetabilidad no excepcional, sino parecida a la de cualquier otro actor económico en una sociedad de mercado.

El carácter material de toda esta transformación no está directamente al alcance de los actores, y estos últimos solo pueden acusar la sensación de “deshumanización” que atestiguan o sufren, misma que, con las herramientas de la sociología espontánea a su disposición, sólo pueden imaginar como un problema de falta de virtud o debilidad moral. Por ello, como sugiere la autora, atrapados por la lógica del campo, los actores solo aciertan a concebir cualquier posibilidad de transformación intencional del mismo como una intervención que debe comenzar con (y, con frecuencia, reducirse a) un mejoramiento de la calidad de la enseñanza médica, a veces incluso aderezada con cursos de ética y “formación en valores”. Al desconocer la naturaleza real del fenómeno y reducir las intervenciones posibles al ámbito de lo individual, los mismos actores que produce el sistema recrean las condiciones para la perpetuación del mismo, en la medida en que intervienen en zonas donde los efectos serán, como lo muestra la experiencia, siempre magros.

II

Además de orientarse a la dilucidación del argumento central de esta obra, así como de las pruebas y evidencias que con toda maestría utiliza la autora para sustentarla, este libro admite al menos dos lecturas más, complementarias, que pueden enriquecer la interpretación y el juicio que quien lee pueda otorgar a este texto.

La primera lectura complementaria sería en *clave sociológica*, mediante la cual podemos tratar de engarzar a varios autores centrales de la disciplina al argumento general, revelando una nueva narrativa o enriqueciéndola, o abriendo nuevas líneas de indagación. En efecto, el especialista en ciencias sociales puede advertir cómo a lo largo de la obra tiene lugar un diálogo permanente, a veces desafiante, a veces en plena concordancia, a veces abierto, a veces implícito, con diversos autores y

corrientes de la sociología. Desde luego, la obra hace referencia permanentemente al pensamiento social latinoamericano en salud, que en Brasil de manera particular ha conocido un notable desarrollo. Pero además de ello, se pueden advertir otros *diálogos*.

La primera y más evidente vinculación con la sociología se refiere al hecho de que estamos virtualmente ante un estudio acerca de la transformación del *campo médico*, en Brasil, pero sin duda como ejemplo de lo que ocurrió en América Latina y, en muchos sentidos, en Occidente. Si bien la autora no hace un abordaje explícito desde la teoría de los campos de Bourdieu, sí hace referencia constante a diversas obras de Bourdieu y a su concepto de *conocimiento práctico*. Por ello, no puede dejar de advertirse que el libro apunta directamente al estudio del campo médico en Brasil y sus transformaciones, pues incluye tanto la descripción de las condiciones materiales y sus cambios, como el surgimiento de nuevos actores y el desplazamiento de otros, y un rastreo de las subjetividades de los agentes que puede abundar, junto con el estudio de sus prácticas, en el análisis del habitus que le ha correspondido en sus diversas etapas históricas. En esa línea, cabría interpretar el sentimiento de derrota y desajuste que muchos médicos de la vieja guardia expresan respecto a las condiciones más recientes, como ejemplos de “histéresis”, donde el habitus de origen no se ha ajustado a los cambios que se han registrado en el campo.

Otra referencia sociológica muy importante es la que tiene que ver con el destino de los médicos y la manera en que se puede describir lo que ha ocurrido con ellos en el tránsito de una medicina liberal a la medicina mercantil de nuestros días. ¿Se han desprofesionalizado al perder autonomía? ¿se han proletarianizado al convertirse en meros asalariados sin mayor control sobre su proceso de trabajo? El análisis a lo largo del libro remite a la obra de Freidson, quien señaló que una profesión se diferencia de una ocupación en que aquella es autónoma. La prueba de la profesión decía, es la autonomía, y la prueba de la autonomía es el control. Al leer la caracterización que presenta la autora sobre el destino de los médicos en Brasil, no es posible no recordar el feroz debate que sostuvieron autores como Freidson, Coburn, Johnson y otros, en relación con la naturaleza del cambio observado entre los profesionales médicos y su inserción en el mercado de trabajo. Cabría incluso preguntar si aquel debate no ganaría en clarificación si tuviera en cuenta las nuevas evidencias latinoamericanas, como las contenidas en esta obra.

Desde luego un tercer autor que está permanentemente presente en la mente del lector es Marx, en primer lugar, por el carácter materialista del análisis que se ofrece en esta obra. En efecto, Lilia Blima Schraiber argumenta y demuestra que son los cambios en las relaciones de producción y la creciente incorporación del acto médico al mercado de trabajo, lo que subyace a lo que, ante la mirada desprevenida se presenta como una mera “deshumanización” de la medicina, que la autora llama acertadamente crisis de los vínculos de confianza.

También es evidente la presencia del sello marxista en el análisis que hace la autora de la tendencia de muchos actores, sobre todo de aquellos que no están del todo conflictuados con la evolución que siguieron las cosas, de ver la historia de la medicina como un simple proceso lineal. En efecto, atrapados por la lógica del campo, muchos médicos interpretan los cambios que han vivido, atestiguado y, a veces, sufrido, como

si fueran consecuencia de los descubrimientos científicos y la creación o desarrollo tecnológico; algo así como una especie de “evolución natural de las cosas”. En realidad, es el campo el que produce los esquemas de percepción y apreciación que serán luego aplicados por los agentes en la comprensión del mismo, dando lugar así a una dialéctica que, al desconocer el origen de sus propias categorías, solo podrá *reconocer* en los términos así dictados una realidad que, de hecho, *desconocen*. Es una tendencia a ver el pasado como el camino de “ascenso hasta aquí”, dando lugar así a una visión romántica (por decir lo menos) del presente. Marx señaló la tendencia de las sociedades a verse como producto de una supuesta “evolución histórica” que, en forma más o menos lineal, y siguiendo diversas etapas, habría desembocado en ellas mismas, en el presente. El valor de la propuesta de Lilia Blima estriba no solo en mostrar el carácter socialmente determinado de las percepciones de los médicos, sino también en mostrar que, a través de investigaciones como la suya, la profesión médica puede criticarse a sí misma, condición que Marx señaló como indispensable para lograr un avance efectivo en el esclarecimiento de la historia y de los cambios experimentados.

Una cuarta autora que la obra de Lilia Blima evoca reiteradamente, aún sin mencionarla, es Claudine Herzlich, quien postulaba que en el lenguaje que usan los individuos al hablar acerca de la salud y la enfermedad, están las claves para caracterizar la naturaleza de sus vínculos con su ambiente, físico y social, así como los aspectos nodales de su sociedad. La idea de que el mapa de la interacción social se puede leer a partir de lo que expresan los individuos sobre su salud y sus enfermedades, es justo lo que se advierte en este texto: la autora hace un abordaje del encuentro clínico como expresión de la inserción de la práctica del médico en el mundo del trabajo (esto es, observa la realidad a nivel micro en sus conexiones con lo macro); además hace una cuidadosa reconstrucción de los cambios históricos que fueron surgiendo (plano objetivo) y logra articular en ese análisis histórico las narrativas de diversos agentes médicos (plano subjetivo), de varias generaciones, que vivieron su mejor época profesional en los años de la medicina liberal, así como de médicos más jóvenes, que han debido vérselas con la medicina corporativa. Como ella misma lo señala, se trata de interpretar la vida social a través de las experiencias de cada uno de los actores clave del proceso de transformación de la práctica médica.

Nos queda por señalar a dos autores cuya inclusión en esta lectura en clave sociológica podría sorprender porque suele ubicárselas en el otro extremo del espectro ideológico en el que se coloca a los anteriormente mencionados y su sola mención a veces remite al anatema. El primero de ellos, aunque innombrado a lo largo de toda la obra, es Parsons. En varias ocasiones la autora describe las características básicas del encuentro médico-paciente (“conducta moral, modo por el cual se debe cuidar de la libertad del sujeto-paciente que, por ser libre para demandar atención, será libre para exponer su sufrimiento [...] que se enfrenta con la libertad del médico de observar, disponer, elaborar y actuar sobre aquel dominio [...] en el ejercicio de sí mismo como médico”), en términos que obligan a pensar en el rol del paciente tal como lo describió aquel autor, bien sea para confirmar lo señalado por primera vez por él, o bien para criticar sus postulados a la luz del material que aquí se presenta.

Por ejemplo, en el capítulo VII la autora señala que, “socialmente, la valorización del enfermo reside en eximirlo de culpa...” lo que constituye justamente la descripción de uno de los dos derechos que Parsons vio como constitutivos del rol del enfermo.

El otro autor es Merton, que desarrolló la noción de “ambivalencias sociológicas” para dar cuenta de la contradicción que enfrentan a veces los actores entre dos normas a las que deben atender por igual. El trabajo etnográfico de Lilia Blima abunda en la descripción de este tipo de dilemas, que bien pueden leerse como casos concretos del concepto mertoniano. Por ejemplo, dice la autora, la profesión médica debe asociarse pero mantener la independencia; el médico debe ser auto-suficiente y al mismo tiempo colaborador; los profesionales tienen que sostener la sensación de que la medicina es una profesión especial aunque están desbordados de evidencias de que ya se ha vuelto una profesión como cualquier otra. O bien, los médicos deben encontrar la mejor solución al dilema planteado entre las desventajas de los costos que alejan a los clientes, o la oportunidad de tenerlos con una mayor presencia de recursos tecnológicos; confiar en la tecnología al costo de distanciarse como experto, o involucrarse más a riesgo de equivocarse.

La lectura en clave sociológica de la investigación de Lilia Blima no puede sino reforzar nuestra capacidad de crítica e iluminación de un fenómeno —la transformación social de la medicina en América Latina— que, de otra manera, corre siempre el riesgo de derivar en una simple historia encantada más.

La segunda lectura complementaria que puede hacerse sería en *clave metodológica*, esa que nos permite dilucidar, en esta obra, “cómo hizo la autora”, qué procedimientos siguió, sobre qué bases descansan las fuentes de credibilidad que sustentan todo el texto, de qué calidad son sus evidencias empíricas y en qué medida estamos, en efecto, ante una nueva contribución científica. Para ello, desde luego, es necesario recordar el acerto de Marx que señalaba que el método de investigación no es igual al método de exposición. Al leer una obra como la de Lilia Blima, el lector está expuesto, en primer lugar, al método de exposición, y es necesario, más allá del capítulo metodológico inicial, leer entre líneas, buscando descifrar los secretos del oficio que la han hecho posible.

En ese sentido, y sin pretender ser exhaustivos en el análisis metodológico, cabe señalar en primer lugar que estamos ante un ejemplo de la investigación que puede realizar una “insider”, a condición de dotarse de las herramientas que le permitan objetivar su propio medio. Lilia Blima es médica y especialista en medicina preventiva y salud pública. Heredera de una tradición familiar de servicio a los demás en salud (su padre fue médico y su madre cursó Farmacia y Odontología) desde joven vio a su padre ejercer un estilo de medicina que luego desapareció. Su trabajo le llevó a conocer los servicios de salud en detalle, y a vivir de cerca los conflictos y las resistencias profesionales que suscitaron las diversas reformas en salud en Brasil. Y además de formarse bajo la mentoría de notables profesoras y profesores, ella misma se desarrolló como docente universitaria y como investigadora. No sorprende, entonces que posea un conocimiento del campo diferente al que puede desarrollar un especialista externo al mismo. Pero dicho conocimiento solo puede traducirse en una contribución científica en la medida en que, tal como lo hace la

autora, se renuncia a la narrativa personal y se buscan los testimonios y las pruebas empíricas necesarias en el propio medio que se está estudiando.

Lilia muestra, en segundo lugar, que la metodología no puede desvincularse del objeto ni de la teoría que les son inherentes: en el tránsito del primer estudio, para cuyo acceso al medio se valió de la red informal personal al interior de la medicina laboral, al segundo estudio, donde las instituciones ocupan un lugar mucho más relevante en esa red de relaciones, se advierte también la transformación que ha sufrido el campo. Así, la metodología de acceso a las fuentes de información varió concomitantemente a las variaciones que sufrió el propio campo de estudio.

En tercer lugar, la autora hace una demostración magistral del principio metodológico nodal de las ciencias sociales que postula que la explicación de muchos de los fenómenos que nos interesan solo es posible si se adopta una perspectiva procesual. *El por qué está en el cómo*. ¿Por qué ocurrió la llamada deshumanización de la medicina? ¿Por qué se transformó la medicina liberal en una medicina corporativa? Tal como lo dice la propia autora, “la presencia de la práctica individualizada de la medicina resulta menos extraña si se examina el proceso por el cual ocurre”.

Y finalmente, en cuarto lugar, quizás la mayor dilucidación metodológica que se alcanza en este libro consiste en la demostración de que es empíricamente posible aplicar el principio de Mills, que recomendaba tener siempre presente que las cuestiones personales deben interpretarse en su vinculación con los procesos sociales de amplia envergadura. En esa relación, decía, entre lo que hoy llamamos lo “micro y lo macro”, es donde reside el verdadero esclarecimiento sociológico. Justamente es esa articulación el mejor logro metodológico de esta obra. La investigación vincula el análisis de las grandes transformaciones de la práctica médica, con los relatos de los médicos que fueron entrevistados. Se trata de testimonios de una enorme riqueza, contruidos a partir del principio nodal de la investigación cualitativa que consiste en “dejar hablar”. Por ello, los relatos de la primera parte describen, a partir de la experiencia biográfica de los propios actores, cómo era la medicina liberal de mediados del siglo XX. Se aprecia ahí la nítida relación que existía entre las características centrales de aquella práctica: el trabajo individual del médico de consultorio, la anamnesis, la relación de confianza entre médico y paciente, la práctica ambulante en la que el médico encontraba como parte de su quehacer la visita domiciliaria a los pacientes, y la existencia de boticas donde se preparaban los remedios que el médico formulaba.

En cambio, los relatos de la segunda parte muestran la experiencia de las nuevas generaciones de médicos, que han debido abandonar aquella medicina liberal (pues desaparecieron las condiciones que la hacían posible), y asimilarse a las nuevas condiciones de trabajo médico, caracterizado por la existencia de grandes instituciones de salud donde los médicos son básicamente empleados. Los héroes de antaño no son más los médicos, sino, como dice una de ellas, “ahora los héroes serán la penicilina y las sulfas”.

Estamos ante una obra capital en el ámbito de la investigación social latinoamericana en salud, que puede leerse por lo menos desde las tres perspectivas señaladas: sustantiva, sociológica y metodológicamente pero que, por su riqueza, admite otras lecturas más, por ejemplo, en clave política, histórica, o económica. El libro está

llamado a contribuir significativamente a impulsar la investigación sobre la naturaleza social de los cambios que experimenta la práctica médica en nuestra región, así como a dilucidar la naturaleza de las preocupaciones y las frustraciones de los profesionales y de los usuarios de los servicios de salud. Una obra fundamental para desencantar el campo y avanzar en su conocimiento científico.

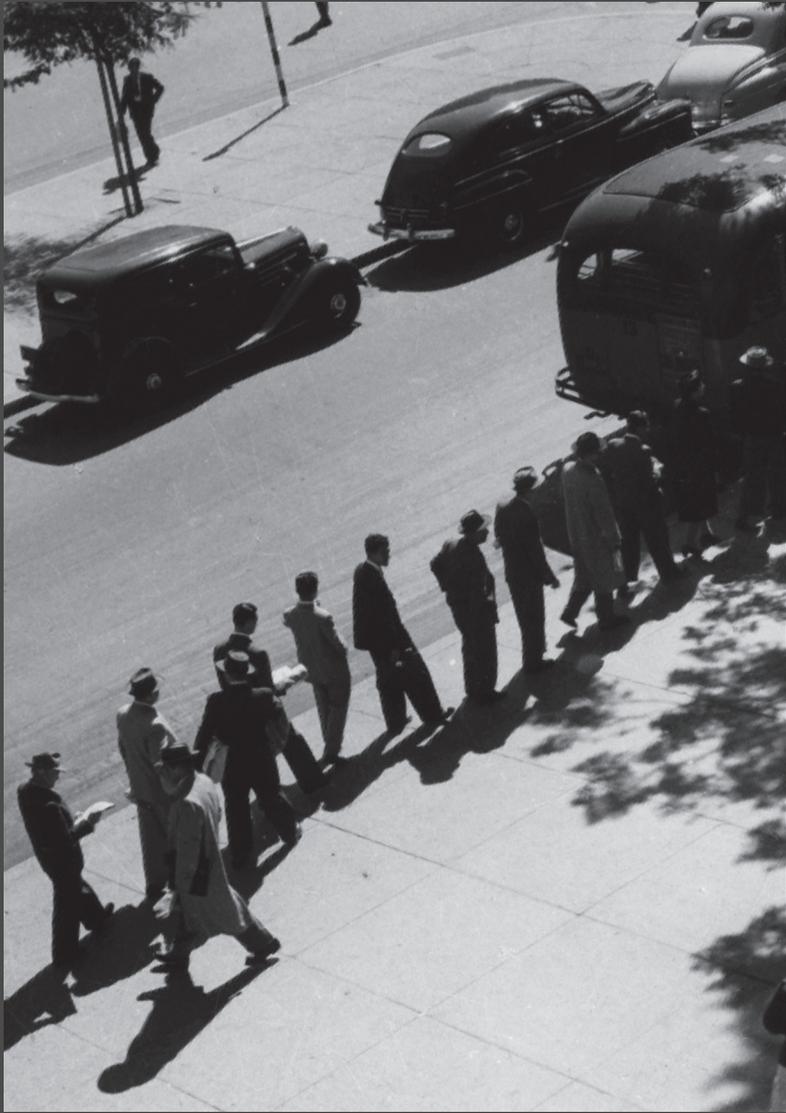


Foto: Werner Haberkorn. Vale do Anhangabaú, São Paulo, Brasil. Acervo del Museu Paulista de la Universidade de São Paulo.

PARTE I

Travesía: contextos y construcciones del estudio

¿Cómo voy a contar, y usted a sentir en mi estado? ¿Sobrenació usted allí? ¿Mordió usted aquello? [...] Concédame un silencio. Voy a contar. [...] Pero cuento menos de lo que hubo: a medias, por el doble no contar. Así sea que una idea se haga usted [...] Vaya usted poniendo su percibir. Uno vive repetido lo repetido y, resbaladizo, en un minuto, ya está empujado en otra rama. Hubiese acertado yo con lo que después supe sabiendo, más allá de tantos asombros... Uno está siempre en lo oscuro, sólo que en lo último postrero es cuando iluminan la sala. Digo: lo real no está en la salida ni la llegada: cuando se dispone para uno es en mitad de la travesía.

João Guimarães Rosa
Gran Sertón: Veredas

Capítulo 1

Los médicos y la medicina

En este libro se busca diferenciar la medicina como saber, de la medicina como trabajo, para poner en evidencia la naturaleza dialéctica de las relaciones entre estos dominios. La importancia de proceder de este modo radica en que, usualmente, la gran superposición realizada entre estos dominios conforma una representación en la que el trabajo deriva de la posesión de un saber. Si se adoptara esta perspectiva, mejorar la calidad de la práctica de los médicos dependería esencialmente de una buena formación académica, teórica y práctica, o de entrenamientos, capacitaciones y afines.

Sin menospreciar la importancia de la adquisición del saber en medicina, los referentes adoptados aquí lo sitúan en las estructuras del mundo del trabajo: la organización social de la producción de los servicios asistenciales y el mercado profesional. De este modo, se relativiza la supremacía de la educación sobre las condiciones de trabajo, lo que permite destacar esa conexión saber-trabajo al analizar el significado de los conocimientos científicos para la acción del médico.

Ese sesgo de aproximación remite al significado de la *técnica en medicina* como producto de la ciencia y como arte del oficio. Desde el punto de vista teórico, es relevante distinguir las nociones de *trabajo*, *técnica* y *práctica*, y definir el ámbito de cada una y las aproximaciones que permiten a lo real, como también diferenciar los sentidos de *conocimiento científico*, *saber tecnológico* y *saber práctico* en los que se insertan el juego de la ciencia y sus técnicas, tanto en la experiencia previa, como en la experiencia en acto, en la conformación de la acción del médico.

Esa separación entre experiencia previa y experiencia en acto es fruto de la observación. Por mucho tiempo los médicos se valieron de dos referentes en el trabajo cotidiano con los que conformaron una tradición, una determinada forma de actuar profesionalmente: uno, es otro colega, en general más viejo o más especializado, y que representa un saber consolidado; el otro, es la expresión del momento, autorreferida. El primero funciona como un conocimiento con gran autoridad para hacer frente a situaciones para las cuales la ciencia no tiene respuesta, y actúa criticando, completando y “corrigiendo” el conocimiento científico. El segundo, es casi siempre la experimentación sin acervo previo, el testeo de soluciones prácticas. Ambos configuraron el arte de la profesión que, al contrario de lo que se piensa, no es imaginación libre o “intuición” absoluta del médico. En realidad, se basa en los saberes científicos y prácticos adquiridos, que funcionan como referente analógico: el médico infiere por similitudes de formas y procesos.

Para las distinciones en el uso de las ciencias en contextos concretos de producción, los referentes adoptados aquí se sustentan en Granger (1994), Habermas

(1987) y Lenk (1990), quienes señalan la necesidad de reflexionar sobre el rumbo tecnológico-pragmático de las ciencias contemporáneas para entender las relaciones más actuales entre los saberes de la ciencia, de la tecnología (trabajo) y de la técnica (práctica). Ese rumbo permite hablar de la propia tecnología como ciencia en acción, una especie de *ciencia práctica* o conocimiento práctico formulado en moldes de ciencia positiva, con reglas reguladoras del uso del saber originario de la experiencia en el trabajo. Eso representa una noción de tecnología como recreación de la ciencia, recreación en saber operativo (*saber tecnológico*), mediador de la ciencia con relación a la producción social (trabajo).

Ese conjunto de distinciones deriva del hecho de haber adoptado un abordaje más procesual, que permitiera conocer la relación entre el médico y los demás constituyentes de su trabajo como una práctica en formación. El propio trabajo pasó a ser observado a través del relato de su agente: cómo percibe y representa el ejercicio cotidiano de saberes y acciones, situado en organizaciones institucionales determinadas, con el fin de producir y distribuir servicios médicos a la sociedad brasileña.

Esta aproximación fue motivada por la coyuntura social y asistencial en la que se pensó la propuesta de estudio en la primera investigación. Transcurría la década de 1980 y el trabajo asalariado se imponía como forma de relación laboral predominante. Se trataba, aparentemente, de un problema del mercado de trabajo: la progresiva superación de la medicina liberal como forma de comercialización de los servicios, con una tendencia a la extinción de la modalidad de pequeño productor aislado e independiente de consultorio particular. Sin embargo, algunos estudios ya sugerían un análisis insuficiente del mercado de trabajo, pues la especialización parecía generar cierta tensión con otras esferas de la relación del médico con su trabajo. Con el surgimiento de organizaciones complejas del trabajo médico y de un nuevo ramo profesional —los gerentes— se comienza a explicitar en términos prácticos, por ejemplo, una fuerte tensión cotidiana entre la gerencia y los médicos, en términos de sus respectivas actuaciones institucionales: la gerencia, guardiana de la racionalidad económicamente productiva en la organización de los servicios, imponía políticas de trabajo casi siempre en conflicto con la racionalidad de la práctica médica; y los médicos, a su vez, se posicionaban como guardianes del ejercicio autónomo de la profesión.

Por un lado, la especialización agravaba el aislamiento técnico y productivo del médico y, por otro, las formas institucionales a las que progresivamente se sumaban los conducían a la formación de asociaciones para un trabajo más colectivo, condicionando esa libertad individual, ese cierto aislamiento típico de la modalidad liberal. Eso reforzaba la idea de que, si la aproximación a estas cuestiones se daba a través del proceso de trabajo del médico, se podría entender cómo el propio médico se situaba y se percibía como profesional. Del mismo modo, era posible entender mejor las bases de la disconformidad de los médicos ante esos cambios históricos en la profesión. Además, en el contexto de la salud colectiva en Brasil, era importante comprender de qué modo tales referentes, que definen material y simbólicamente las nociones de “buena práctica” y el ideal de la profesión para los médicos, conformaban obstáculos objetivos e *impasses* subjetivos para el desarrollo del Sistema Único

de Salud, cuya base laboral de carácter cooperativo fue un fuerte principio estructurador de la atención integral.

A partir de analizar las repercusiones del desarrollo científico y tecnológico en la práctica profesional y en la organización del trabajo, desde la construcción y durante la superación de una medicina liberal, y conociendo el modo en el que los médicos “sobrevivieron” a la construcción de la medicina de las grandes empresas públicas o privadas, fue posible producir nuevos alcances del concepto de autonomía. Se constató que el médico, en el ejercicio de la propia autonomía técnica, al interior de su acto de trabajo, construía una peculiar articulación entre el conocimiento científico, los equipamientos y la experiencia clínica, en la que entrelazaba la dimensión ética a la técnica, generando una cierta moral de conducta como parte de la propia técnica. Desde esa peculiaridad, la práctica médica fue definida en relación con la medicina liberal, como una *técnica moral-dependiente*, que apuntaba a la construcción de *vínculos de confianza* en el encuentro clínico, no por altruismo o por “vocación” de servir al otro, sino por razones de la técnica, de la organización de la producción y del mercado de trabajo.

Al lidiar más con el imaginario de la vocación —en el que el valor de su trabajo social residía en la libertad individual de la práctica— que con las razones sociales de la producción de su trabajo, los médicos, al menos hasta los años ochenta, persistían en la tradición de ejercer su profesión como un trabajo con cierto aislamiento en la producción general de los servicios —el consultorio particular—, y como una práctica —la consulta médica— con cierta independencia técnica en la producción de los cuidados. Eso significó, como marca de la tradición profesional, la cultura de la *práctica de un hombre solo*, es decir, del trabajo de cada uno, realizado siempre en pequeñas unidades individualizadas.

De este modo, tanto la cultura profesional construida y legitimada en la modernización de la medicina que se configura en su proyecto de modelo liberal, como las cuestiones derivadas del empresariamiento de la producción, del trabajo asalariado y de la creciente incorporación de la especialización y de sus equipamientos, condicionaban las posibilidades cooperativas y de integración laboral.

El estudio de la medicina tecnológica del período posterior a 1980 mostró que, de hecho, la nueva organización social del trabajo médico lo tornó más asociativo y dependiente de organizaciones administrativas más complejas, con repercusiones importantes en la esfera técnica. Por lo tanto, no sorprende que, en esa nueva modalidad, la disconformidad de los médicos acerca de su trabajo se desvíe hacia la propia esfera técnica, y aunque tal disconformidad se manifieste aparentemente como un cierto extrañamiento hacia la organización de los servicios en moldes empresariales y colectivizados, un análisis más profundo revela que el “nuevo paciente” y la “nueva disposición de recursos tecnológicos” frutos de la contemporánea medicina tecnológica y empresarial también incomodan.

En el segundo estudio se confirmó el pasaje a la condición de trabajador asalariado y la pérdida de la autonomía mercantil, la intensificación de conflictos de base institucional por el control de los pacientes y de las condiciones de trabajo, con una mayor complejidad técnica, en función de la especialización y de los recursos

instrumentales de la intervención. A partir de la década de 1980, estos cambios produjeron nuevos dilemas y desafíos: el consultorio-empresa y su gerenciamiento, el trabajo asociativo y la convivencia en colectivos de prácticas relacionadas, además de una nueva práctica, que lidia con muchos *excesos* —de información, de conocimientos especializados, de técnicas armadas, de nuevas especialidades profesionales y de nuevos controles sobre la profesión— tanto de naturaleza gerencial, como por una “excesiva” participación de los pacientes. El conjunto implica un cambio significativo en las relaciones interindividuales y del sentido de la interacción para sus participantes, que provoca la *crisis de confianza* como situación emblemática de la medicina tecnológica, tal como lo fue la salarización y la *crisis de la autonomía mercantil y organizacional* para la medicina liberal.

Estos cambios provocan que sean otras las posiciones del médico, del paciente, de otros profesionales, e incluso del saber, en términos relacionales, subjetivos e intersubjetivos. De este modo, en la práctica del médico se encuentra la dimensión ética consubstancial a su técnica, más relacionada a la tecnología: una *técnica-tecnología dependiente*. Curiosamente, al dejar de ser una técnica dependiente de la persona del médico, la propia medicina también pasó a ser vista como tal. Los médicos, de forma consciente o no, se sitúan a sí mismos tan diferenciados hoy de la medicina: son pesimistas respecto del futuro profesional y, al mismo tiempo, son optimistas en cuanto al éxito técnico y científico de la medicina (Machado, Pedrosa y Carvalho, 1996). Al sugerir que la medicina va bien pero los médicos no tanto, denotan una gran transformación en sus identidades profesionales, pues representan su ejercicio profesional con opiniones divergentes de aquellas con las que se refieren a la medicina.

Cómo se produjo esa gran transformación de la esfera técnica del trabajo de los médicos, cuán afectada quedó la autonomía tan protegida por ellos como valor o como necesidad técnica objetiva, y por qué se instala esa crisis de confianza tan sorprendente para ellos, son las cuestiones contemporáneas de la profesión y las bases actuales del extrañamiento de los médicos con respecto a sus trabajos. Que se hayan producido cambios con el desarrollo tecnológico y también con el empresariamiento del modo de producir los servicios de salud, no se traduce directamente en disconformidad. Los médicos aceptan los nuevos contextos de trabajo, que son aclamados de forma entusiasta cuando implican la posibilidad de prácticas ultraespecializadas y tratamientos ultramodernos. Ya no son tan aceptados cuando significan restricciones de la autonomía, en especial, en la esfera técnica de los tratamientos. Y por el modo por el cual expresan su desconcierto, dejan en claro que, en sus representaciones sobre el saber, la práctica, la técnica y la profesión médica, no articulan todos esos cambios como un mismo proceso histórico, y tampoco se involucran en esa historia. Es como si sus decisiones, en cuanto a sus procesos de trabajo, no llevaran de forma articulada con la organización productiva a los proyectos tecnológicos y asistenciales en los que ahora están insertos, tanto en lo referente al tecnicismo ultraespecializado como a las restricciones de sus autonomías como agentes de la práctica. En definitiva, las transformaciones de las relaciones entre los individuos presentes en esa práctica y en el trabajo que se produce

allí son, al mismo tiempo, transformaciones de las relaciones con el conocimiento científico y con todo el arsenal tecnológico material.

Trabajo y técnica en medicina

La profesión médica presenta ciertos contrastes interesantes. Por ejemplo, por un lado, el alto prestigio social del que goza y, por otro, el progresivo control que ha sufrido.

En general, se ejerce un gran control sobre trabajos no calificados, que no son valorados porque no exigen competencias o destrezas especiales. Sus características son las de ser manuales, rutinarios y mecanizados, y vedan a sus ejecutores el dominio consciente sobre ellos. La típica alienación de los obreros en relación con la finalidad y el modo de producción de su trabajo termina por aislar y hasta oponer al trabajador y la tecnología de trabajo, este saber sobre la intervención manual. Constituyen una polarización respecto de los trabajos denominados “intelectuales”, en los que la presencia de la dimensión manual de intervención es mínima.

Sin embargo, desde el Renacimiento, progresivamente, los trabajos manuales se transformaron y se valorizaron socialmente como trabajos técnicos. Hay una distinción histórica entre trabajo manual y técnica, en la que el primero prescindiría de una calificación operativa importante (Nogueira, 1967). Hoy, esa distinción es menos clara, pues la tendencia a valorar la tecnología incluye todo trabajo manual con acciones que se subordinan a una tecnología. No cabe aquí un análisis más minucioso, pero sí mencionar el proceso que, en los siglos XV y XVI, comenzó a valorizar el ámbito práctico de la vida, el abastecimiento de las necesidades materiales del hombre, de lo empírico en la producción del conocimiento, de la técnica como relación con el mundo natural y del trabajo manual, sobre todo el tecnológico, en la satisfacción de las necesidades humanas. El mismo proceso instauró las ciencias relativamente más interesadas en las necesidades materiales de los hombres, con una racionalidad instrumental y utilitaria, sentando las bases de un compromiso mayor entre la ciencia y la tecnología, a la que hoy se asiste (Habermas, 1987; Rossi, 1989; Granger, 1994). En cambios recientes en el mundo del trabajo, esa presencia tecnológica altera las categorías del propio trabajador especializado, en nuevas estratificaciones de valorización (Offe, 1989; Ianni, 1994; Bernardes, 1994). No obstante, gran parte de esos trabajos, aunque están más valorizados, siguen alienando a sus agentes de su finalidad social y del modo de su producción.

La alienación laboral en el caso de los médicos, evidentemente, no es de igual naturaleza: la acción es manual-dependiente, pero altamente tecnológica y, al mismo tiempo, el dominio de la práctica y del saber tecnológico está socialmente apropiado, de modo exclusivo, por los propios médicos, como se analiza posteriormente con la conformación de la medicina liberal. Es sobre tales bases que la progresiva salarización no representó una reducción del valor social del trabajo médico, aunque internamente haya generado otras estratificaciones. Así, el control de las condiciones de trabajo no implica necesariamente que el conjunto de los médicos pierda su posición

de elite en el mundo del trabajo, pero el hecho de gozar de respeto, autoridad, estatus social elevado y ventajas materiales y, al mismo tiempo, ser trabajadores directos de la producción de servicios de grandes empresas médicas, públicas y privadas, son situaciones que han dado lugar a investigaciones y se han constituido en temas recurrentes de los estudios sobre la profesión.

Más interesante aún es el hecho histórico de que, a diferencia de otros trabajos técnicos y manuales, la configuración moderna de la práctica médica no tuvo como resultado inmediato la sumisión a los controles de producción. Al contrario, por largo tiempo se expresó como acción dotada de mucha libertad: libertad de proponer y ejecutar la intervención técnica, con su práctica de base individual y dependiente de cada médico como su agente; libertad de organizar la producción de su acto de trabajo, la consulta médica, con una prestación de servicios basada en el consultorio particular —pequeña unidad de producción aislada y privada—; y libertad de vender sus servicios, insertándose en el mercado sin intermediarios, como negociador directo de precios y captador de clientes.

Estos aspectos, que caracterizaron al proyecto de la medicina liberal y al médico como un agente autónomo, en muchos estudios acerca de la práctica de los médicos ciertamente desviaron la mirada de la categoría *trabajo*, referencia teórica que, en la Modernidad, analizaba las acciones productivas controladas por el capital. Conceptualmente, situaron esta práctica, por ejemplo, como dependiente solo del conocimiento y, por lo tanto, desvinculada de estructuras de base económica, política o social, o como una acción que dependería solo de los atributos personales de su agente, de su disposición para servir y para brindar cuidados de modo altruista, por vocación personal.

Rememorar ese tipo de abordajes de la práctica médica que forman parte de la vasta y heterogénea producción del campo de la sociología, apunta a plantear las divergencias con relación al presente estudio, cuyo cotejo con esa producción revela la diversidad de orígenes y de trayectorias. Aquí, las problemáticas del trabajo son el punto de partida.

Autores como Atkinson (1995), MacDonald (1995), Turner (1995), Freidson (1994), Carapinheiro (1993) y, en el caso brasileño, Machado (1996a) recuperan, de modo particular, el estado del arte de la producción sociológica. En una amplia revisión de la sociología médica, Turner (1995) muestra sus diversas bifurcaciones, desde los estudios más clásicos, referidos al padecimiento, a la actual sociología del cuerpo. Entre estos, señala los que abordan especialmente la práctica del médico y que conformaron el subcampo de la sociología de las profesiones. Muestra que la medicina es objeto de estudio desde la década de 1930 y que, hasta los años 1970, fue concebida como si estuviese estructurada sobre las características de sus profesionales. Ese enfoque se desarrolló sobre la base de la medicina como *profesión* y propició que no fuera considerada como un trabajo, sino como una “especial” disposición personal de sus agentes —los médicos— y como un dominio de conocimientos “especiales”. Como menciona Freidson (1994), ese concepto de profesión es una noción usada hace mucho tiempo, cuyos criterios de formulación no fueron trabajados con precisión. El criterio más antiguo es considerar la calidad del saber que rige la acción que, al ser “especial” y no un saber cualquiera accesible para cualquier individuo, definiría la acción como un

hacer profesional. En esos casos, al ser reconocido como saber de difícil acceso y bastante restringido, se lo conceptualiza sociológicamente como “saber esotérico”.

Aunque estos conceptos sean un hecho en la profesión médica, aquí se intenta mostrar que su espacio es importante, pero no absoluto o principal en la determinación de las características del trabajo médico, el cual es bastante peculiar como producción social, pero no es independiente o no está aislado de esta, tal como lo consideran usualmente los propios profesionales, que buscan definir una esfera técnica independiente. Al revés, aquí la aproximación del trabajo médico lo inserta en las configuraciones más generales del mundo del trabajo.

En su investigación sobre las relaciones sociales en los servicios hospitalarios, Carapinheiro (1993) destaca los aportes de la sociología en la conformación de la organización institucional y la estructura de los cuidados como objeto de estudios sociales. Evidencia el hecho, reconocido por los propios sociólogos, de que recién en la década de 1970 comienzan a realizarse estudios de naturaleza específicamente social, favoreciendo una visión más crítica. Los clásicos de Freidson (1970a, 1970b) marcan una inflexión en esa producción, al introducir una mirada más estructural, en la que la profesión es menos vista como una disposición individual y más como una organización grupal, planteando cuestiones de poder y de asimetría en las relaciones, por la tematización de la autoridad del médico.

Donnangelo (1975) adhiere a esa sociología crítica y su investigación pionera marcó definitivamente los campos de la salud colectiva y de la medicina preventiva, en Brasil y en América Latina, dando origen a todo un conjunto de investigaciones sobre el mercado de trabajo médico (Medici et al. 1991; Belmartino et al. 1988, 1991) y sobre la propia práctica médica y sus profesionales (Nogueira, 2007, 1984; Mendes-Gonçalves, 1984; Cordeiro, 1984; Campos, 1988; Schraiber, 1993 y 2008; Ribeiro, 1995; Machado, 1996a; Pereira-Neto, 1997).

De algún modo, a partir de ese abordaje, tanto la estructuración de la producción y la distribución de los servicios médicos como el trabajo del médico y su mercado de trabajo pasan a integrar la mirada sobre la profesión. Hoy, ese enfoque parece bastante obvio, pero representó un significativo desplazamiento en dirección al mundo del trabajo que permitió comprender la medicina como constituyente de la producción social. Desde esta perspectiva, la medicina deja de ser vista como acción independiente de los contextos institucionales y de los intereses económicos y políticos en la organización social de la atención médica.

El desplazamiento, a su vez, genera polémicas tanto en torno de la propia concepción de la profesión como de las problemáticas atinentes al mundo del trabajo. Las nuevas discusiones tratan, por ejemplo, del poder y de las tensiones entre los médicos y la gerencia o entre los médicos y el Estado, o de la pérdida de ciertos aspectos de la práctica médica antes considerados básicos para su caracterización como profesión, al punto de que algunos estudios hablan de desprofesionalización de la medicina o proletarianización de los propios médicos¹.

¹En la producción brasileña, Machado (1996a) adopta la tesis de la desprofesionalización para tratar pérdidas de autonomía y mayor control social de los médicos, en la segunda mitad del siglo XX.

Esas diversas líneas de pensamiento están presentes en el escenario de la producción sociológica. MacDonald (1995) presenta una sistematización detallada y cuidadosa que resalta la incorporación del concepto de *proyecto profesional* sobre la base de Sartre, de autores como Larson (1977), y de su propia producción, que se aproxima al referencial trabajado aquí. Estos autores analizan la práctica y consideran que la *acción* en el trabajo es una categoría más apropiada que las estructuras de producción.

En este texto, la acción estudiada se sitúa en el ámbito de la consulta, y es allí donde se centra Atkinson (1995) para examinar la construcción sociológica acerca de la medicina, ya como sociología médica. Al evaluar los innumerables estudios de esa sociología que destaca la consulta del conjunto de la producción, el autor critica la exploración de ese microcosmos casi siempre como una unidad encerrada en sí misma. Menciona la inmensa cantidad de estudios que reducen la consulta al enfrentamiento entre dos culturas o al ejercicio del poder desigual entre médico y paciente y propone un abordaje etnográfico, concibiéndolo como experiencia productora de relatos y discursos médicos conectados a la producción del conocimiento y a las cuestiones más generales del trabajo en medicina, aproximándose igualmente de los abordajes trabajados aquí.

Así, incluso sin compartir el recorrido epistemológico y teórico que, en general, realiza la sociología de las profesiones o la sociología médica, estas disciplinas son importantes interlocutores para la línea de reflexión que se desarrolla a continuación, al abordar el encuentro clínico como expresión de la inserción de la práctica del médico en el mundo del trabajo.

De la acción: la complejidad del ejercicio de la medicina

Se parte del estudio del *proceso de trabajo* en medicina tal como lo formuló originalmente Mendes-Gonçalves (1984, 1994). Las categorías centrales para abordar el ejercicio de la medicina fueron las de *historicidad, socialidad, estructura y totalidad*.

La *historicidad* diverge de la tradición que concibe ese ejercicio de la medicina como una práctica ahistórica. Tan antigua como la propia humanidad, la práctica de cuidar y asistir ha sido concebida como única desde tiempos inmemoriales. Conti (1972) muestra que esa concepción solo ve en la medicina —por la evolución de los conocimientos y de las técnicas— una historicidad de los medios, pero no de los fines, dado que sus practicantes tendrían una natural vocación altruista, un don para cuidar siempre de las personas. Sin embargo, la propia autora, así como los aportes de Foucault (1977, 1984), Rosen (1983), Sigerist (1974), Starr (1982) y Entralgo (1978), muestran rupturas en la aparente linealidad histórica.

De esas rupturas se toman aquí las que caracterizan nuevos saberes y actos propios de la Modernidad, y que se refieren a cuidar y asistir tanto desde el punto

de vista material de los conocimientos y técnicas, como desde el punto de vista simbólico con los nuevos significados de intervenir y conocer. Cuidar o proveer asistencia son términos con nuevos sentidos a partir del siglo XVIII.

Una vez más, Foucault (1977, 1984) y, en especial, Canguilhem (1971), y también Boltanski (1979), seguido de Polack (1971), Clavreul (1983) e Illich (1975) —estos dos últimos adoptados aquí más parcialmente— conforman las bases para la formulación del carácter social de la práctica médica, y rompen con la visión de que el modo de operar la práctica y las relaciones entre los individuos involucrados no dependería de la vida social. Según esta visión de la independencia, los conflictos de la práctica médica serían desajustes ocasionados por factores socioeconómicos externos, lo que conduce a la comprensión de que las conexiones entre la medicina y la sociedad se reducen a la introducción ocasional de problemas sociales en su interior, cuyo carácter social sería, por lo tanto, apenas circunstancial.

Aquí, por el contrario, se adopta una articulación orgánica entre la técnica y lo social, de modo que las prácticas son estructuras organizadas, y cada práctica específica es parte de un todo mayor, que es lo social: el modo de vida en sociedad circunscribe la práctica médica; hay una estructuración de esa práctica dependiente de la estructura social.

Ese abordaje se fundamenta en la teoría del trabajo y en la filosofía de Marx. Según su dialéctica, la presencia de lo social en las prácticas no es una determinación mecánica, o sea, no basta con conocer las cuestiones sociales para reconocer también las de la medicina. Se parte de que lo social en la medicina está en las peculiaridades de la propia medicina, y no en su repetición directa, lo que permite ver, dentro de la medicina, un modo particular de vivir la vida social. Si no fuese así, el resultado sería un desvío para conocer el lado técnico de la práctica de la medicina, dado que ese lado “interno” se transformaría en un mero reflejo de su exterior. El uso mecánico de los determinantes sociales descalifica el conocimiento de las peculiaridades de las situaciones particulares que pertenecen a lo social, e impide, por ejemplo, conocer la realidad técnica y tecnológica del trabajo médico como práctica social. Ese uso mecánico también impide que se conozcan procesos de subjetivación, es decir, se considera a los profesionales, por ejemplo, como mero producto de las condiciones de trabajo o recursos-objetos de la propia técnica, tornando al médico como un agente no actuante y totalmente determinado por la organización de su trabajo.

Sin embargo, respecto al propio objeto de estudio —el médico en relación con su trabajo—, lo que se hizo, en términos analíticos, fue un desvío en el sentido opuesto, valorizando el análisis de la esfera técnica de las prácticas en salud y la significativa presencia de sus agentes como formuladores de la ciencia y de la propia práctica. Aquí, los médicos son tomados como participantes de la creación de la experiencia clínica que rige la acción concreta.

La teoría del trabajo es la base para el entendimiento de las múltiples articulaciones de la técnica en la organización de la producción, y de la distribución de los servicios en función de cómo se configura esa organización, la cual pertenece a un modo social de producción de servicios (y bienes) en general. Desde esta teoría se concibe la aproximación a la técnica como acción con finalidad social, como trabajo

humano —que no es cualquier acción, sino que está delimitada por lo social, a través de los objetivos que debe alcanzar—, porque de esa acción se espera un determinado producto, para satisfacer necesidades sociales que requieren de su intervención.

En otros términos, si cabe a la medicina tratar y cuidar de las personas —y esa ha sido la expectativa histórica de su acción—, la forma, la intensidad y el ritmo en que lo haga ya es una delimitación del modo en el que en cada época se espera que dé cuenta de los enfermos y ofrezca servicios médicos para el conjunto de la sociedad. Los objetivos a alcanzar (la finalidad social del trabajo), reconocidos por el resultado efectivamente producido (la necesidad social satisfecha), no son siempre los mismos en la historia de la medicina, de igual modo que los recursos técnicos y todos los equipamientos se ajustan a las exigencias de cada época. En ese sentido, es posible reconocer la adopción explícita de la perspectiva propuesta por Conti (1972): la historicidad de los fines, que permite comprender la propia historicidad de los medios, con relación a la práctica médica.

De este modo, los recursos técnicos —incluyendo el arsenal tecnológico más contemporáneo— son, desde el punto de vista de los cambios históricos, activamente buscados por los médicos. Por lo tanto, cumplir las finalidades sociales de su trabajo, y responder a las necesidades que le son impuestas (necesidades de salud, como se las ve hoy), terminan siendo su propia necesidad: exigencias instaladas en la práctica de los médicos y percibidas como necesidades médicas, es decir, de los propios médicos.

Así, se puede aprehender con mayor profundidad toda la cuestión de los objetivos del trabajo relacionados con las necesidades sociales —de los que demandan la práctica de los médicos y de los médicos— para responder a las demandas. Eso significa aprehender el sufrimiento de los individuos y concebir una explicación que dé lugar a una respuesta adecuada, bajo una intervención adecuada. En la medicina moderna, significa captar el sufrimiento como enfermedad, localizar la enfermedad en el cuerpo, actuar sobre las alteraciones patológicas y, adicionalmente, restituir el enfermo a la vida social cotidiana, produciendo tratamientos bajo ritmos y formas compatibles con la imagen y el significado moderno del cuerpo, sea cual fuere, por ejemplo, el de un cuerpo trabajador².

Además, todo eso significa también producir cuidados bajo ritmos y formas que se puedan reproducir a gran escala, ofreciendo servicios a toda la sociedad, con la universalización de la atención, como forma moderna de concebir el colectivo, es decir, como sociedad de iguales.

Ahora bien, el modo de producir los cuidados se materializa en acciones técnicas que hacen intervenciones en el enfermo, y está condensado en el saber que orienta esas acciones. Ese saber está constituido no solo por el conocimiento científico, sino también por el *conocimiento práctico*, es decir, por el procedimiento viable en determinados contextos de producción, que se consolida en el cúmulo de las experiencias de trabajo y se denomina *saber operante* o *saber tecnológicamente operado*,

²Un cuerpo instrumental, a semejanza de la máquina y dedicado al trabajo, se concibió en la Modernidad. Está claro que, hoy, ese significado ya está matizado por otras imágenes —como el cuerpo-bello o el cuerpo-salud, además de la nueva relación cuerpo-mente, entre otras—, aunque su funcionamiento siga siendo comprendido como “mecanismos”.

el cual tiene amplia tradición de transmisión oral en la cultura médica. En otros términos, el conocimiento de la experiencia no siempre estuvo registrado en libros, textos o manuales de procedimientos. Se nutre de una combinación entre el saber científico, la traducción de este en fórmulas operativas más generales y estandarizadas, y el conocimiento de la práctica, un saber que surge del ejercicio cotidiano de la profesión o de la experiencia clínica, como ya fue dicho.

Con la calidad de un saber de oficio y aprendido en formas prácticas de aculturación, el saber tecnológicamente operado se transmitió a lo largo de la historia a través de esa mezcla entre arte de oficio y conocimiento científico más abstracto. Sin embargo, progresivamente se fue registrando también en forma de libros de texto como los tratados clínicos que, sobre todo hasta los años 1950, expresaban más los testimonios de los médicos sobre sus experiencias clínicas y los éxitos o fracasos de los tratamientos, que un saber teórico y científico. Sin embargo, a medida que la propia tecnología se convirtió en objeto de investigación científica y elaboración teórica, el saber de su uso se fue transformando en conocimiento más abstracto, un saber (una tecnología inmaterial) que se constituyó, también en forma gradual, en el contenido de los textos clínicos a partir de los años 1970³.

No obstante, dado que la dimensión práctica es lo que aquí se quiere considerar, se debe resaltar el saber en acto, el saber operante del trabajo en su cotidiano, pues es allí que el médico combina conocimientos científicos y tecnologías, además de la experiencia clínica transmitida o vivida personalmente, en el ejercicio de su profesión, para alcanzar los objetivos de su acción y cumplir la finalidad social de su trabajo.

He ahí la fuerte presencia del agente en su técnica (Bourdieu, 1996; 1974): su capital intelectual. En su *modus operandi*, realiza la innovación inherente a todo acto práctico y, al mismo tiempo, replica la técnica en aquello que está establecido. O sea, una interacción entre el orden estructural y la coyuntura que encuentra su instrumento en la figura del agente⁴.

Con base en Sartre (1987), a la noción de agente actuante se suma aquí la de sujeto: un agente emprendedor, que crea y abre perspectivas futuras y nuevos posibles, que interioriza las exigencias del mundo exterior —la objetividad social— e imprime

³Ese saber también corresponde a lo que simplemente se denominó *técnica*: un modo de hacer. Ese es el significado más abstracto del término “técnica”. Pero ante acciones más complejas, desde el punto de vista de la tecnología material y del conocimiento operativo que exige, surgen otras denominaciones. Gama (1986), por ejemplo, designa “saber tecnológico” a un saber operativo de carácter más teórico, como si fuese una “ciencia de la técnica”, y Lenk (1990) habla de “ciencias técnicas”, para referirse al gran desarrollo de ese saber por la complejidad tecnológica contemporánea. Lo principal aquí es destacar el hecho de que la “técnica” no significa solo un hacer, sino el saber-hacer (Novaes, 1996), una “ingeniosidad” que ha sido objeto de teorizaciones y que cada vez más es tratada como ciencia.

⁴No siempre bien comprendido, Bourdieu (1996) refuta ciertas lecturas críticas de sus obras que entendieron al agente como reflejo de las estructuras y poco actuante. Sin embargo, Lefebvre (1973), toma la obra *La Reproducción: Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*, publicada en Francia en 1970 (en la edición brasileña, Bourdieu, Passeron, 1975), y señala la ausencia de un análisis del saber como problemática central para comprender la dinámica de los agentes, que producen movimientos de replicación y, simultáneamente, de cambios en las prácticas sociales. El propio Lefebvre (1973) adopta un punto de vista más dinámico de las determinaciones estructurales a partir de su concepto de (*re*) *producción*, aquí usado para conceptualizar las estructuras como cristalizaciones de lugares y relaciones siempre bajo tensión transformadora. Se adaptó este concepto, denominándolo “*cristalizaciones en tensión*”, como se abordará más adelante.

cambios y marcas en ese mundo, desde su propio lugar. Son marcas que traducen la intencionalidad de su acción derivada tanto de las representaciones forjadas en experiencias previas —sentidos y significados que ya poseen sobre la realidad y que se actualizan a partir de su interacción con ella— como de la perspectiva implícita en esos significados, sobre el futuro, el ideal perseguido, o el deber-ser esperado (Chauí, 1982).

Sartre (1987) habla de movimientos conjuntos de “interiorización de lo exterior” y de “exteriorización de lo interior”. Esa exteriorización se da sobre la base de la interiorización previa de la realidad objetiva, que es procesada (negada y superada) y reobjetivada bajo la forma de proyecto, noción tomada como mediación entre dos momentos de objetividad, con los que Sartre define la práctica como un pasaje de la objetividad primaria a la nueva objetividad, a través de la interiorización.

El postulado de los movimientos recíprocos entre lo exterior y lo interior al sujeto sirve para reflexionar sobre las interacciones sujeto-realidad material e individuo-norma (colectivo social). Se trata de la dialéctica que articula el sujeto a las estructuras, o como afirma Ayres (1995), el *proyecto* es la expresión de una voluntad, al mismo tiempo, social e individual.

Aquí, estos y otros autores de diversas corrientes que discuten la relación entre el pensamiento y la acción —sea desde el plano de la razón y la construcción de los saberes, como Goldmann (1984) y Foucault (1977; 1984), sea desde la cultura y de las prácticas sociales, como Chauí (1981; 1982), sea específicamente desde la cuestión del trabajo, como Giannotti (1983)— son referencias para analizar, por un lado, la relación interactiva entre el pensamiento y las representaciones de los médicos sobre su trabajo y, por otro, la práctica⁵.

Específicamente para el caso de la medicina, la aproximación más fecunda a la realidad del trabajo fue la formulada por Mendes-Gonçalves (1994), a través del *saber operante*, portador de las intencionalidades técnica y social, como proyecto de acción para la práctica médica. Así, se busca mostrar la contribución creativa de la medicina al todo social: cuando las exigencias de orden estructural de la práctica médica se articulan con una actualización determinada de exigencias vinculadas a la situación coyuntural de la intervención, sus agentes, los médicos, producen la transformación de la propia práctica, síntesis que se expresa en su *proyecto tecno-social*, que contiene ideales de práctica y de sociedad.

Ese proyecto puede ser estudiado a través de lo que se manifiesta y se materializa en “obras” —la ciencia, la tecnología, el saber, la práctica, los tratamientos—, pero también aprehendiendo directamente cómo los profesionales piensan la ciencia y el trabajo y se autorepresentan en ellos o, dicho de otro modo, cómo perciben y explicitan su realidad de conocimientos y de trabajo profesional en nociones conformadoras de su entendimiento y de su acción, lo que resulta en prácticas y desempeños específicos.

⁵Cabe mencionar la reciente discusión sobre el concepto de representación, en cuanto al proceso de significación de la realidad y de constitución del sujeto (sujetivación). Véase Pearce (1996), que pasa del concepto de *representación* al de *reflexividad*. Vale recordar también que la noción sartriana de proyecto fue criticada por una cierta exageración racionalista, en la que la creatividad se centra más en el propio sujeto que como producto de interacción exterior-interior. Esa crítica parte de dos autores que también se utilizan aquí como referencias: Goldmann (1984) y Foucault (1995).

En este sentido, se puede afirmar que la propia construcción de la medicina liberal, desde su inicio, estuvo condicionada por el movimiento de especialización y desarrollo de tecnologías materiales. En otros términos, estuvo condicionada por su propia superación, por parte de la medicina tecnológica, como muestran las narraciones de los médicos de la medicina liberal entrevistados en San Pablo. Sus relatos revelaron que, en la redefinición de la autonomía profesional liberal y con la construcción de la medicina tecnológica, se genera un proyecto médico de naturaleza tecnosocial. Tal redefinición corresponde a un devenir tecnológico del trabajo, en el que fue posible mantener cierta autonomía —como proyecto para conservar la libertad en el trabajo—, por medio de la redistribución de esa libertad al interior de la práctica médica. En una estrategia de “conservar lo esencial” que convirtió la autonomía profesional más abarcativa en autonomía solo técnica, al interior de la técnica-tecnológica, ese proyecto es como una “transformación para la preservación” del ejercicio autónomo, al mismo tiempo que construye otra manera de practicar la medicina: la intervención especializada y equipada de la actualidad.

En consonancia con todas estas consideraciones, el modo de abordar la estructuración de la práctica médica y su determinación social se sustenta en la noción de *re-producción*, acuñada por Lefebvre (1973) y que toma lo social más por la dinámica de las relaciones que por la coherencia de su estructuración. En tanto noción procesual, *re-producción* significa que “lo repetitivo genera diferencias” y converge, por lo tanto, con la perspectiva aquí adoptada con relación a la noción de “proyecto” como la naturaleza creadora de la práctica humana en sociedad lo que, a su vez, se vincula con la noción de “agente de prácticas” acuñada por Bourdieu, como fue mencionado.

Por medio de la noción de *re-producción* se aborda el trabajo médico como *re-productor*, en el plano de su proceso interno, de la organización general de la estructura de producción y distribución de servicios, lo que implica determinadas relaciones con el complejo médico-industrial, con el Estado y con las empresas médicas. Esa “interiorización” en la medicina de cuestiones económico-sociales permitió reconstruir las relaciones entre el saber en medicina y su intervención, y las estructuras de cuidados y las condiciones materiales en las que se realiza la técnica, o sea, se estudió cómo la práctica médica fue una *parte creativamente participante* de la organización social de los servicios.

Así, ese modo de formular las categorías *totalidad* y *estructura* permite relativizar, sin anular, las cuestiones sociales, usualmente referidas como determinantes sociales de la medicina. Esa construcción valora la investigación del lado interno de la medicina —su aspecto técnico— y da a conocer la contribución de la práctica médica al modo de vida vigente. Por otro lado, se puede relativizar también la dimensión de los sujetos, confiriéndoles una base material y objetiva de constitución, de manera de que ni el conocimiento científico, ni la experiencia clínica sean formulaciones o creaciones de libertad absoluta de los individuos. Al no ser solo producto de una razón autónoma o de la voluntad e imaginación inmanentes de los sujetos, conocer sus proyectos revela, en los médicos, la condición de sujetos históricos.

Aplicado al estudio de la práctica médica, ese conjunto de formulaciones llevó a la constatación de que toda situación, como parte de una situación más general, se

realiza bajo la forma de una *crystalización en tensión*: se estructura, pero en una vida transitoria; se polariza con esa totalidad, pero siempre de forma inestable, por sus propias peculiaridades. Eso permitió trabajar la articulación entre la medicina y la sociedad como relaciones bidireccionales. Esa duplicidad es el centro de tensiones, configurando situaciones de conflicto.

Se puede ilustrar con casos en los que los médicos se enfrentan con oposiciones entre las concepciones idealizadas de la práctica y de cómo producir servicios, que van en una dirección mientras que, la situación profesional concreta y las posibilidades que se presentan allí, van en otra; o entre la realidad material y objetiva de los trabajos de cada uno, que diferencia a los médicos entre sí, y la identidad profesional común buscada como categoría: la *corporación médica*.

A lo largo del estudio fueron quedando en claro dos macroconjuntos de tensiones, producto de la relación medicina-sociedad: uno, relativo a la extensión de cobertura de los servicios asistenciales y, otro, al modo técnico de producir servicios asistenciales.

El primero de ellos se refiere a la estructuración del trabajo médico como producción social —producción y distribución de servicios en la sociedad— y la producción general de bienes y otros servicios. Se trata de la contradicción entre el trabajo médico producido paradigmáticamente como consulta individual y su expansión como mercancía a ser consumida a gran escala. Así, la extensión de la cobertura asistencial para poblaciones —conquista moderna de los derechos sociales y proyectada para la producción social en general— no deja de masificar esa producción particular que son los cuidados médicos. Pero la forma masificada de consumo crea tensiones de procedimiento técnico y de valor, pues descalifica el cuidado y la atención, y rutiniza la aprehensión de los casos. Por lo tanto, la producción de servicios a gran escala y el trabajo eficaz y de calidad crean relaciones tensas. Al ser esta una tensión estructural, en el sentido de *crystalizaciones en tensión* por oposiciones o contradicciones en los propios términos de la estructuración, en la clásica dialéctica de situaciones polares relacionadas, obviamente que esa tensión no puede ser superada o trabajada solo por una de las polaridades, tal como cuando se pretenden resolver problemas de la extensión de la cobertura asistencial solo con una mayor calidad técnica de la práctica y su eficacia.

Y lo mismo se dirá de las situaciones en las que las especificidades de la división del trabajo en servicios parciales (especialización) entran en choque con formas empresariales e institucionales de producir esos servicios, que repercuten en el médico y en el paciente. Se trata de la producción segmentada de actos médicos y la necesaria recomposición de un todo asistencial, no siempre garantizado en la forma de producción empresarial y de escala.

Es fácil percibir esas situaciones también en la esfera de los obstáculos al consumo individual de servicios, y no solo como producción de escala. A veces, el freno al consumo no se refiere a la gama de servicios especializados, sino a los servicios médicos básicos. Al confrontar la ampliación esperada del consumo con las peculiaridades tecnológicas de la intervención médica y sus costos elevados —que promueven de hecho una elitización del consumo—, se encuentran problemas no solo de expansión de la cobertura poblacional, sino del consumo de cada uno frente a los diversos servicios médicos posibles o necesarios.

Por todo eso, en la medicina, la producción de servicios estrictamente de y para el mercado es una cuestión mucho más complicada que la producción y el consumo de otras mercancías en la sociedad. Y, en cuanto a las relaciones consubstanciales con la sociedad, su contribución específica puede verse, por ejemplo, desde el punto de vista histórico, al valorar como buena práctica o buena calidad de servicio la pequeña producción consolidada en la consulta médica, frente a la producción de escala, lo que transformó a esta última en un gran problema. Problema, sin embargo, ya no solo de la medicina sino que se conformó en una cuestión social significativa. Desde este punto de vista, lo que es también un problema médico, pasa a ser considerado por los médicos como un problema externo a sus prácticas, un problema que no sería de la profesión médica.

El otro conjunto de tensiones está al interior de la práctica técnica. Puede ser visto como la traducción tecnológica —y por eso situado en el ámbito más técnico de la acción— de las cuestiones anteriormente abordadas. Se trata del hecho de que el modo en que se construyó históricamente la intervención clínica —de cualquier rama de la medicina— propone una combinación tal entre los elementos del proceso de trabajo —el médico (el agente), el saber, los instrumentos materiales y el enfermo (el objeto)—, que logra el éxito a través de la relación interindividual, como de hecho ocurre y está tan bien representada por la consulta clínica. La privacidad y la individualidad de ese momento de producción entran en conflicto con los modos más colectivos y empresariales de organizar la producción como los seguros de salud o los planes colectivos de atención médica.

La cuestión aquí no se centra tanto en identificar esa tensión desde el punto de vista de la organización de la producción de servicios y su distribución en la sociedad sino desde la perspectiva de la producción del trabajo. Se trata, en verdad, de las razones que generan la parte más visible del conflicto: por qué y cómo persiste la consulta clínica como forma de producción —hasta hoy adecuada y relevante— en la prestación de servicios médicos. Y esa forma de medicina, más cercana a lo artesanal, se produce incluso en los servicios altamente especializados, lo que difiere mucho de la modalidad más general de producción de bienes, en la que la pequeña producción individual directa al mercado casi no ocurre. ¿O será que, ante la tensión generada por ciertas rutinas y mecánicas introducidas por la propia tecnología clínica más actual, la consulta clínica tenderá a desaparecer?

Como ya fue mencionado, las raíces de esa configuración individualizada de producir cuidados y de ofrecer servicios a la sociedad son históricas. Pero, al mismo tiempo, se corresponden con la polarización general de la medicina a partir de la reconstrucción del mundo del trabajo, que culminó con la sociedad del trabajo del siglo XIX. La especialización a la que se asiste en el siglo XX —en todos los trabajos— es la división de trabajo posterior y que se vincula a una previa estandarización de procedimientos manuales y técnicos y la unificación de trabajos similares; proceso que, a lo largo de los siglos XVIII y XIX, transforma la producción artesanal en la gran industria (revolución industrial) y esta, en producción a gran escala (Braverman, 1981).

En la medicina, los elementos ilustrativos de todos estos aspectos, entre tantos otros, son: el cuerpo, que pasa a ser el objeto universal de la intervención médica; la

rápida reparación del cuerpo enfermo (damnificado), en respuesta al nuevo significado instrumental de ese cuerpo económico o cuerpo-fuerza de trabajo; la estandarización de la clínica, de sus pasos metódicos para el diagnóstico y el tratamiento, tanto en la clínica médica como quirúrgica; las ciencias biomédicas, ciencias de las enfermedades, como único conocimiento que debe presidir la práctica; la valoración de los procedimientos manuales y quirúrgicos, en la esfera diagnóstica y tratamiento para todas las actuaciones médicas; la estandarización y la industrialización de los remedios, transformándolos en medicamentos; el aprendizaje de la práctica a través de la escolarización universal y obligatoria de los practicantes; la unificación de las prácticas curadoras y la posterior división del trabajo como inherente al trabajo del médico y siempre bajo su tutela mayor, al punto de que Freidson (1970a) denomine genéricamente a todos los que participan del trabajo del médico como profesionales “paramédicos”.

En otros términos, como medicina moderna, la práctica tiende a organizarse progresivamente como trabajo especializado, estructurado en moldes empresariales, y hasta cierto punto mecanizado y rutinizado por la propia fundamentación científico-tecnológica, características estructurales de los diversos trabajos técnicos de la modernidad. No obstante, la peculiaridad de la medicina puede ser vista en la modalidad del productor aislado e independiente, del consultorio particular, que le permite mantener, también desde el punto de vista de la estructuración de su técnica —no solo mercantil o institucional— el control sobre todos los aspectos de su producción individualizada, en analogía con la producción artesanal, es decir, el dominio sobre la ejecución (arte del oficio) y sobre el proyecto de su acción (organización y gerencia del acto productivo).

En ese proceso más general de los trabajos en sociedad, la particularidad de la medicina fue que se constituyó como trabajo reflexivo (Ribeiro, Schraiber, 1994; Ribeiro, 1995; Correia, 2012), o práctica técnica que se revistió de trabajo intelectual, por lo que no solo no se expropia al médico de su ciencia ni de su arte-técnica sino que, por el contrario, de forma monopolizada y autorregulada (Freidson, 1970a, 1970b), este aboga para sí esa apropiación, incluso siendo productor técnico directo del trabajo. Y si no cabe duda en cuanto a la polaridad del trabajo representado por la medicina frente a los demás trabajos técnicos, es debido a que contribuye con el desarrollo contemporáneo del trabajo ultratecnológico, más que el propio trabajo científico, por su característica de intervención productiva en la sociedad a partir de tecnologías complejas.

En esa particularización de la medicina es bastante visible la fuerte presencia del saber y de su condición de ser complejo. Complejidad que se construye por las exigencias sociohistóricas de una técnica cada vez más potente y eficaz en su transformación de la naturaleza. Esas son las exigencias impuestas al trabajo médico, al participar de la sociedad moderna que, como un todo, conforma ciertas pautas de necesidades sociales. Interiorizadas como objetivos que ese trabajo debe alcanzar, pasan a ser también las contribuciones de ese trabajo a la continua reproducción de la sociedad.

Al reafirmar ese papel destacado del saber —que aquí será considerado bajo la forma de tecnología (tecnología inmaterial)— y analizar empíricamente las

características del proceso de trabajo, se produce un cierto desvío de un referencial puramente estructural en la conexión entre el médico y su trabajo, inherente a la adopción de ese saber. En esa aproximación se pueden observar las dos calificaciones cuya simultaneidad caracterizan el trabajo del médico: el ejercicio material de un acto técnico *difícil* y el ejercicio reflexivo de un *juicio complejo*. Tales calificaciones serán las que sustentarán la siempre *arriesgada* decisión médica, en virtud de su inherente *incertidumbre*.

Para evidenciar y especificar esas calificaciones, se parte del análisis de los conflictos y de las tensiones de la práctica médica contemporánea y, en la medida en que se los analice por su significado y por el modo en que son vistos por los propios médicos, se trabaja, hasta cierto punto, la cultura profesional. Aquí se muestran y estudian estos conflictos y esas tensiones, contribuyendo a que sean reconocidos como tales y calificados como sustratos de la dificultad y de la complejidad de la acción médica. Como se verá en el análisis de los datos empíricos, también los médicos los reconocen como sus desafíos y dilemas.

Capítulo 2

La profesión médica: ayer y hoy

A partir de una breve recuperación histórica del panorama general de la profesión y de la práctica de los médicos en Brasil, se señalan aquí las condiciones del ejercicio profesional en San Pablo. Se caracterizan los principales puntos de inflexión en las transformaciones de la organización social de la producción asistencial, del mercado y de la práctica profesional con el objetivo de mostrar las repercusiones, en el campo médico, del desplazamiento de la base económica del país a San Pablo, a partir de 1920. El análisis del mercado de trabajo explicita los diversos contextos de la práctica profesional del médico, cuyo perfil general se presenta tanto para San Pablo como para el país. De este modo, se buscó situar a todos los médicos que se entrevistaron, para permitir una comprensión histórica de sus trayectorias individuales en la vida profesional. En los capítulos siguientes, el análisis de los contrastes entre esas trayectorias individuales a partir de sus relatos y testimonios personales, completa la historia de la profesión: la medicina de ayer y de hoy.

La profesión médica y los servicios de salud en Brasil

Las transformaciones de la organización del trabajo médico, que ocurren al interior de una sociedad concreta, adquieren connotaciones particulares, pero los procesos por los cuales se afirman son, como característica general, procesos de diferenciación y expansión de los servicios.

De un modo resumido, desde el punto de vista de la organización de los servicios, se puede considerar que, por un lado, el contenido técnico del trabajo individual se diferencia y se multiplica en las especialidades médicas y, por otro lado, se transforma la base del trabajo: de principio estructurador que se sustenta en el ejercicio aislado de consultorio, a unidades de servicio fundadas en el trabajo hospitalario o en clínicas ambulatorias, cuya conformación típica es el trabajo colectivo que, al depender de la organización empresarial de las instituciones, la composición cualitativa y cuantitativa de este trabajo, se diferencia y tiene diversos patrones.

Esa progresiva transformación de los servicios introduce problemas referentes a los costos de la producción de la atención médica, a los que se podrían agregar: cuestiones relativas al grado de especialización de la atención prestada; a la eficacia de cada acto médico individualizado; a la capacidad de todo el sistema de

responder de forma similar a la demanda de consumo; y también a las formas y a la velocidad de las transformaciones al interior de esa nueva estructuración.

En la articulación de la producción de servicios médicos con los demás sectores productivos de la sociedad, ese proceso representa una significativa alteración de la libertad de los médicos para establecer sus propios patrones de trabajo: se verifica una inmediata vinculación del modelo organizativo a las políticas públicas y, al mismo tiempo, se estrechan las articulaciones de la producción de los servicios médicos con los ramos industriales productores de tecnología material —la industria de equipamientos e instrumentos y la industria de medicamentos son ejemplos clásicos—, y las políticas industriales de obsolescencia programada de los productos pasan también a interferir en el proceso. Todo esto sin hablar de la presencia ya más específica de los bancos y otras instituciones financieras, como intermediarios de los seguros de salud (Donnangelo, 1975; Possas, 1981; Cordeiro, 1984; Oliveira & Teixeira, 1986).

Para la población, a su vez, todo el proceso se traduce en una tendencia a la universalización de la cobertura para el consumo de servicios, que responde al derecho a la salud y, al mismo tiempo, a las necesidades económicas de mantenimiento/recuperación de la fuerza de trabajo. A medida que se extienden los servicios, los diversos tipos de instituciones apuntan a distintos segmentos sociales de la población, no solo en función de la distribución desigual de los ingresos, sino también como producto de la conformación de un intrincado conjunto institucional de empresas médicas. Ese conjunto se compone de múltiples escenarios asistenciales, cada una de ellos con una definición distinta de cliente y del carácter empresarial en la organización del trabajo. Participan de ese conjunto, tanto seguros de salud y empresas privadas, que constituyen modalidades de organización más típicamente capitalista, como cooperativas médicas y hospitales de carácter filantrópico. Todo ese conjunto institucional del sector privado mantiene relaciones con el conjunto estatal de instituciones productoras de servicios de salud.

Finalmente, para el médico, el impacto de las transformaciones, en términos generales, está en aquellas formas de organización de los servicios que se presentan como alternativas más adecuadas para la propia incorporación de las nuevas tecnologías que demanda la categoría profesional que, como consecuencia, verá desaparecer su monopolio en la definición de los servicios. En el caso del productor individual, aún cuando siga produciendo su trabajo a través de una práctica de consultorio, el efecto más significativo está en la pérdida de su control sobre los elementos constitutivos de esa producción: sus instrumentos, los clientes y el valor de la remuneración de su trabajo.

Todo ese proceso que atraviesa al trabajo médico, está constituido además por el fraccionamiento en prácticas político-administrativas de gerencia, supervisión y control de servicios, y prácticas directamente vinculadas a la actividad de prestación del cuidado. Estas últimas, redistribuidas en los trabajos más o menos especializados, serán revestidas de procesos de valorización/desvalorización social, en los cuales se instalan diferenciaciones de carácter más o menos rutinario del trabajo, intensificación mayor o menor de su jornada y desigualdad en las formas y en el valor de su remuneración.

Se establecen así diferencias significativas en los ingresos y en la valoración profesional entre los médicos. También el vínculo y la permanencia de cada médico individual, con relación a una misma situación de trabajo y a un mismo público, se transforman en patrones diversos. En consecuencia, se altera la cantidad y la gama de situaciones de trabajo que enfrenta cada médico en forma individual.

Será, pues, hasta cierto punto un hecho esperado e históricamente inevitable que, a partir de tamaña diversidad de situaciones de trabajo, se produzca una profunda diferenciación de las propuestas acerca de las formas de conservación del ideal común de la profesión, que hacen que se establezcan, entre los médicos, corrientes de pensamiento con estrategias políticas diferentes e, incluso, opuestas entre sí.

Todos estos aspectos serán objeto de reflexión más detallada, sin embargo, como proceso general es importante destacar el hecho de que, en Brasil, el surgimiento de la profesión médica en su formato moderno de medicina liberal se da entre 1890 y 1920, seguida de una fase en la que ese proyecto tecnológico y asistencial convive con una transición, entre los años 1930 y 1960, hacia una medicina tecnológica. Dentro de ese período, a partir de 1945, surgen importantes alteraciones en la producción social de los servicios que acelerarán los procesos de superación de la medicina liberal, lo que ocurrirá, en definitiva, entre las décadas de 1960 a 1980, con el nacimiento de la medicina tecnológica, que se consolidará a partir de 1980. Esa periodización es particular de Brasil, en virtud de las especificidades de su constitución como nación independiente y sociedad moderna.

La medicina liberal es la primera modalidad de conformación de la profesión como práctica de la modernidad (Freidson, 1970a; Foucault, 1977, 1984; Starr, 1982) y madura a lo largo del siglo XIX, aunque haya raíces de su estructura en países europeos a fines del siglo XVIII, como afirma Foucault (1997) al abordar el nacimiento de la clínica moderna. En Brasil, todo ese proceso se inicia más tardíamente.

Los indicios de esa particular configuración brasileña son, en primero lugar, sus procesos de industrialización y urbanización con un frágil mercado interno de consumo de bienes y servicios hasta fines del siglo XIX, condición indispensable para la forma liberal de comercializar servicios. La expansión cafetera y el brote industrial de los años 1920 fueron el impulso inicial en esa dirección, y que desarrollaron las ciudades como San Pablo y Río de Janeiro.

En segundo lugar, se verifica la imposibilidad de la compra directa de servicios por el número reducido de médicos en el país. La oferta de servicios era, por entonces, pequeña y estaba mal distribuida, por lo que la población se valía mucho más de prácticos en la arte de curar, que de médicos, agentes de la técnica docta (escolarizada). En este sentido, es ilustrativo el número de escuelas médicas: en 1808 había dos, que pasaron a ser tres, en 1900 (Singer *et al.*, 1988).

En tercer lugar, a partir de la década de 1920, en virtud de las presiones por el consumo individual de bienes y servicios fruto, entre otros, de la industrialización y de la necesidad de sostener la mano de obra industrial, ganan terreno formas precursoras de una atención médica pública. La denominada *medicina previsional* es una modalidad institucional precursora de la seguridad social que, a partir de la década de 1940 se desarrolló como un *seguro social público*, por lo que el Estado pasa

a participar de la producción de los servicios¹ (Donnangelo, 1975; Cohn, 1980; Braga y Paula, 1981; Oliveira y Teixeira, 1986).

Ese ingreso del Estado propició estructuras asistenciales que entraron en conflicto con la medicina liberal, lo cual permite entender esas primeras formas de atención médica, a expensas del sector público, como las raíces de la superación del modelo liberal. Esa participación del Estado moderno para garantizar la atención médica individual a la población, no es peculiar de Brasil. Lo que sí es específico de Brasil es la forma directa de producir y comprar servicios asumida por el Estado. Curiosamente, esa participación se inicia en el mismo momento en el que se dan las condiciones para que se constituya un mercado de trabajo privado del médico, inaugurando una práctica liberal ejercida, en buena medida, en convivencia con la producción asistencial fomentada y regulada por el Estado. De este modo, el contexto histórico bajo el cual se realiza la intervención del Estado en la salud, provoca que, en el caso de la sociedad brasileña, esa participación ocurra desde los inicios de la industrialización capitalista del país, por lo que asume, como productor directo, prácticas de intervención pertenecientes, en otros países, a las iniciativas de las clases sociales.

De un modo general, podemos identificar la intervención reguladora de los estados nacionales en la atención a la salud bajo dos dimensiones específicas de actuación. La primera de ellas corresponde a medidas de salud pública, dirigidas al colectivo social, a través de acciones de carácter básicamente epidemiológico. La segunda se preocupa de forma más directa de las presiones económicas y políticas por garantías de acceso a los servicios médicos, presiones, sobre todo, de un proletariado urbano ya formado y organizado en torno de la concepción del derecho a la salud. Las acciones que de allí derivan se refieren a la atención médica individual y se estructuran bajo un tipo de prestación de servicios, en la que el cuidado médico es parte de un conjunto asistencial mayor, con diversos beneficios monetarios y otros servicios de asistencia social.

El primer tipo de actuación se observa en Brasil con las políticas de saneamiento y de campañas sanitarias, cuando la salud aparece como cuestión social articulada al desarrollo agroexportador. La segunda modalidad, que es la que aquí se analiza, se inicia en los años 1920 con medidas vinculadas a las reglamentaciones legislativas de las ya mencionadas Cajas de Jubilaciones y Pensiones. Esto representó, sobre todo a partir de los años 1960 y 1970, una articulación tal entre el Estado y el capital privado, a partir de la cual el Estado es el que en gran medida provee la acumulación previa necesaria para la implementación de las empresas médicas, al transferir recursos acumulados a través de los “seguros sociales públicos”. El Estado, así, financia, bajo formas facilitadoras, el emprendimiento de capitalización de la producción de servicios de salud.

¹Esta fue la primera forma de asistencia social pública en Brasil y que hoy se conoce como seguridad social. En la década de 1920, sus instituciones fueron las Cajas de Jubilaciones y Pensiones y, a partir de 1933, los Institutos de Jubilaciones y Pensiones vinculados al Ministerio de Trabajo. En esa asistencia social se incluyó una atención médica, pero sin cobertura universal: solamente tenían derecho los trabajadores formalmente contratados, a los que les descontaban de su salario contribuciones específicas para esa asistencia, como si fuera un beneficio prepago. Por lo tanto, esta atención médica, en tanto forma de servicio, estaría más cercana a la noción de “seguro” (un seguro social público) que a la de “seguridad”. Esta última se estableció en Brasil recién en 1988, con el Sistema Único de Salud (SUS).

Por otro lado, sin embargo, ese modelo de intervención, dadas las posibilidades peculiares de consumo social frente a la propia dinámica de distribución de ingresos, implica también una amplia dificultad del complejo empresarial de atención médica para librarse de la intervención constante del Estado. Se puede decir entonces que, en la sociedad brasileña, la medicina liberal, desde su inicio, convive con la captura de un gran segmento del potencial mercado consumidor de sus servicios por parte de la atención médica institucionalizada por el Estado, afectando, de ese modo, su plena realización.

Como ya se comentó brevemente, por las propias condiciones específicas de formación del Estado brasileño, y su inserción tardía en el orden capitalista, el asentamiento de la profesión en bases modernas enfrentó problemas derivados del origen de país-colonia y de la industrialización en moldes de capitalismo dependiente (Oliveira, 1972 y 1977; Pereira, 1965; Fausto, 1972). Eso sin duda se agravó por la forma de acumulación de riqueza de sus elites y por su restringida distribución, dificultando la formación de un mercado consumidor capaz de viabilizar la producción, a escala social, de servicios médicos de base liberal.

No obstante, se configuran efectivamente servicios médicos con clientes propios, captados por procesos informales, con lo cual cada médico establece las condiciones de tratamiento y de remuneración de su trabajo. Son situaciones en las que también cada médico es el detentor de los instrumentos necesarios para su ejercicio profesional cotidiano, y el acceso a otros equipamientos se da como prolongación de su trabajo individual. De este modo, se implementa un patrón muy cercano al modelo liberal y hasta se consolida como ideal deseable. Por eso, se mantiene aquí la designación de “liberal” para ese proyecto tecnológico y asistencial encontrado a lo largo de la primera mitad del siglo XX, en Brasil.

De los años 1890 a 1945: el corto período de la profesión liberal

Históricamente, la primera especificidad de la medicina brasileña está en haber encontrado bases de desarrollo cercanas al siglo XX (Nogueira, 1967; Santos-Filho, 1977). Hasta ese momento el país convivió con una cantidad muy reducida de médicos, por lo que la población se valía del ejercicio de técnicas terapéuticas desarrolladas a partir de “prácticos” locales, parteras populares o, como máximo, cirujanos-barberos y boticarios, al menos con certeza hasta casi mediados del siglo XIX. Data de aquellos tiempos el reconocimiento social de la profesión en cuanto al prestigio y el estatus al interior de la elite dominante, cuando los médicos pasan también a inscribirse entre los gobernantes y literatos locales.

Hasta fines del siglo XIX, había pocos médicos graduados en facultades de medicina que, en general, se encontraban fuera del país. Estos se repartían entre la práctica privada de consultorio y actividades hospitalarias en instituciones filantrópicas —en

las que se instaló la propia escuela médica— por las que podían recibir, o no, remuneración fija. Simultáneamente existía la atención a personas organizadas en sociedades de socorro mutuo —como sociedades barriales o sociedades étnicas de beneficencia, en las que también los médicos podían recibir remuneración fija— y, además, existían los empleos públicos, las cámaras municipales, o los empleos en regiones rurales, contratados por hacendados locales, como médicos de la estancia.

Por lo tanto, existía una distancia muy grande a lo largo del siglo XIX entre el reconocimiento de la necesidad del médico, como una profesión a ser ejercida en la sociedad, y las condiciones reales de convertir esa necesidad, en forma directa e inmediata, en beneficios para los propios médicos. Recién en las primeras décadas del siglo XX, con la expansión de la producción cafetera y la industrialización inicial del país, se produce el desarrollo de los núcleos urbanos, principalmente Río de Janeiro y San Pablo, lo que da su primer impulso a la profesión: en 1920, la población urbana cuentapropista o que recibía salarios sin ser obreros, que alcanzaba a pequeños empresarios, comerciantes, empleados públicos, empleados de comercio y profesionales liberales —que conformaban junto a las elites el consumo individualizado de los servicios en la modalidad liberal— constituía una parte ponderable de la población en aquellos centros. Y Río de Janeiro y San Pablo, en 1920, concentraban ya el 54% de la población de las capitales en el país (Fausto, 1972).

Estas menciones se proponen caracterizar la constitución de un mercado consumidor potencial con relación al número de escuelas médicas que, entre 1900 y 1930, se triplica y llegan a 13 en la década de 1940 y permanece así en la década siguiente (Singer *et al.*, 1988).

La atención médica hasta 1920 estuvo anclada en la medicina liberal, en la medicina filantrópica y en las eventuales formas de sociedad de socorro mutuo (medicina mutualista). Específicamente para los obreros, algunas de estas últimas se establecieron y organizaron principalmente a través de las asociaciones barriales. A veces, las empresas creaban formas propias de servicios, pero que eran de carácter limitado en número y tipo de atención prestada: una atención inmediata y solamente destinada al trabajador, y no se extendía a su familia, en la mayoría de los casos. La presencia directa del Estado, en ese momento, solo ocurría en el ámbito interno de la atención a los militares y a los servidores públicos. Todo el conjunto, por lo tanto, reforzaba la forma liberal de producción de servicios.

El surgimiento de las Cajas de Jubilaciones y Pensiones, en 1923, se inserta en ese panorama, introduciendo, sin embargo, nuevas y fundamentales especificaciones. A partir de allí se hizo obligatoria la presencia en las empresas de servicios de atención social al trabajador urbano, entre los cuales se incluían los servicios médicos para el trabajador y para sus familiares. Pero, al mismo tiempo, estos servicios, localizados en el ámbito individual de las empresas, dependen de las negociaciones directas entre sus financiadores (patrones y empleados), pues hasta ese momento el Estado se mantenía solo como regulador de esa atención.

A partir de la atención médica de las Cajas de Jubilaciones y Pensiones, se inscribieron nuevos aspectos en la medicina, y aunque en su conjunto no constituyeran una contraposición a la medicina liberal, representaban formas precursoras de las

posibilidades de apertura de un mercado de trabajo asalariado para los médicos en el sector privado y en el público. Y fue este último, el sector público, el que inició ese movimiento.

Es significativo el hecho de que, a lo largo de la década 1930, tan solo una década después de la creación de las mencionadas Cajas, el Estado brasileño inició una ampliación de su intervención en la atención médica como productor directo. Crea los Institutos de Jubilaciones y Pensiones (IAP)²: el primero, en 1933, fue destinado a los obreros marítimos, trabajadores portuarios de fuerte organización sindical; en 1934, fue destinado a los comerciantes y trabajadores bancarios; en 1936 —e instalado en 1938— para los industriales; y en 1938 para los trabajadores de transportes y cargas.

Inicialmente, esa presencia de la atención médica era cualitativa y cuantitativamente variable entre los institutos. Sin embargo, se intensificó luego de 1945 con el brote industrial del período, y el ejercicio de las profesiones produjo una amplia expansión de las condiciones sociales necesarias para su consolidación.

Por otro lado, estos cambios se inscribían, en términos nacionales, de un modo bastante diferente en los mercados regionales de trabajo del país, producto del propio modelo de desarrollo social y económico adoptado por entonces. La práctica de la medicina liberal sufría los impactos de esas alteraciones, sobre todo, en San Pablo, de forma más precoz e intensa, pues el período posterior a 1930 significó la afirmación de San Pablo como polo concentrador de la industrialización y la urbanización del país (Sposati, 1985; Prado-Junior, 1983; Caldeira, 1984).

El período histórico de la década de 1930 representa una ruptura del modelo de la economía agroexportadora en dirección a la acelerada industrialización, cuyo efecto urbanizador consiste en la introducción de cambios radicales en el perfil general de los núcleos urbanos; cambios que se dan como producto de la propia disposición geográfica de las industrias. Comienza a producirse un amplio redimensionamiento del contingente de población urbana vinculado a la implementación de los parques industriales, y se transforma la composición de los segmentos de trabajadores. El momento representa la expansión de la producción industrial que, en 1935, es un 90% mayor que en 1925 y que crece el 683% entre 1930 a 1961. También representa un sustancial aumento de los ingresos nacionales, pero la distribución de ese crecimiento y sus propias tasas internas de industrialización son extremadamente desiguales (Pereira, 1983; Oliveira, 1977). El impacto de la desigualdad se hace sentir en el aumento poblacional y en las tasas de urbanización, pues mientras la población brasileña crece un 1,5% al año, entre 1920 y 1940, la ciudad de San Pablo presenta tasas del 4,4% anual, en el mismo período (Prado-Junior, 1983). Lo que se verifica es el crecimiento y la diversificación del trabajo industrial y de servicios, con la ampliación y diferenciación de los espacios y formas de ocupación de las ciudades, localizándose, en la región sudeste del país, los mayores impactos por la progresiva alteración de lo urbano y por la creciente retención de la rentabilidad.

Por otro lado, si bien se implementa la economía de mercado, su crecimiento no es continuo ni siquiera en sus polos mayores. En San Pablo, es significativo el

²Por la sigla en portugués de *Institutos de Aposentadorias e Pensões*.

hecho de que, aunque el estado detentaba una alta tasa de acumulación de capital de las industrias de la región, los salarios y los crecientes costos de los alquileres y de las viviendas producen en la ciudad, a partir de 1940, procesos de periferización progresiva de la población de trabajadores industriales (Caldeira, 1984). Pero esto no invalida cierto crecimiento absoluto y relativo de los segmentos de población insertos en las camadas medias de ingresos.

Con este sentido fue que se afirmó anteriormente la configuración de una organización social de la atención médica en moldes liberales. Sin embargo, dado que estuvo condicionada desde su nacimiento por las particularidades del desarrollo social y económico del país, esa “cristalización” del proyecto liberal fue breve, de corta duración histórica. Rápidamente pasaron a convivir con ella formas contrapuestas. Y no se trataba de la “filantropía”, cuya convivencia con el trabajo aislado del consultorio privado no alteraba las bases del proyecto y, en realidad, componían en conjunto el modelo de la medicina liberal del siglo XIX: el modelo clásico, puro. Tampoco, se trataba de personas organizadas en asociaciones de socorro mutuo, ni de la primera forma de asistencia médica a través de las Cajas de Jubilaciones y Pensiones. Todas esas situaciones constituían una “medicina para los pobres”, destinada a segmentos sociales evidentemente excluidos del mercado y de la compra de los servicios privados que, en consecuencia, convivían con una “medicina privada y liberal para los ricos”, fortaleciendo sus bases. No obstante, por el segmento poblacional al que se dirigía y por el sentido de la presencia reguladora del Estado, la atención de las Cajas fue la antesala de aquel trabajo asalariado que, a partir de 1945, afectaría de hecho la hegemonía de la medicina liberal.

De los años 1945 a los años 1980: la profesión de los empleados y de los especialistas

El desarrollo social del capitalismo en sociedades económicamente dependientes, como la brasileña, se ha caracterizado por acentuar las heterogeneidades de todo tipo. De esa forma, es real que en Brasil se dio una conformación de lo urbano y de su modo de vida en moldes capitalistas, con el correspondiente establecimiento de patrones de producción y consumo de bienes y servicios para el mercado interno. Pero también es real que ese desarrollo asume peculiaridades en las que el resultado obtenido en el caso brasileño dista mucho de las “posibilidades” de distribución de esos bienes y servicios para un consumo más amplio en el conjunto de la población, tal como se verifica en las formaciones sociales pertenecientes al polo dominante de la economía capitalista internacional.

La caracterización del “desarrollo desigual y combinado”, con la instalación de desigualdades articuladas en una misma totalidad, produjo lo que ya se reconoce típicamente como perfil nacional: la disparidad de las situaciones económico-sociales de lo urbano y de lo rural y la disparidad entre las diversas situaciones regionales del país;

la metropolización solo de algunos centros urbanos; la diferenciación intraurbana polarizada en áreas centrales y periféricas, con un perverso contraste en las situaciones de vida social; el crecimiento de la población económica con la concentración brutal de las ganancias; y si se comparan los diversos sectores de la economía, la convivencia de tipos polares de organización de la producción (del empresarial-capitalista al “artesanal”). De ese modo, y no por otra razón, el mismo polo urbano que más produce posibilidades de constituir un mercado interno ampliado también engendra, en un mismo proceso, restricciones para la ampliación del consumo, incluso al interior de los grandes centros urbanos, como ya fue mencionado.

En el período entre 1945 y 1980 se observa un segundo gran crecimiento de escuelas médicas en el país. Entre 1960 y 1969 surgen 37 nuevas escuelas, que llegan a 76 escuelas en 1979, y 80 en 1990 (Singer *et al.*, 1988; Machado, 1996a). Sin embargo, tanto las escuelas como los médicos formados se concentran en los principales polos urbanos, en los que se observa una distribución interna también heterogénea, que evita las áreas más pobres, y una “periferización” similar de la creciente población de trabajadores de bajos ingresos. Así, los trabajadores presionan sobre las formas productoras de atención ofrecidas por el sector público.

Por otro lado, pero de forma articulada, a partir de 1945, el costo de la atención médica inicia un rápido y progresivo aumento, reforzando la cobertura asistencial de las formas alternativas a la modalidad liberal de producción de servicios. Alternativas que también representan la expansión del mercado de trabajo para el nuevo y creciente contingente de médicos. La respuesta a la cuestión social de la atención médica para los trabajadores vendrá del sector público, bajo la modalidad de un seguro social en el que el Estado toma para sí el control general de la producción. Primero, expande la cobertura a la población de trabajadores urbanos a través de los mencionados IAP y, al optar por la compra de servicios a terceros, el Estado se transforma en el único comprador de dimensiones considerables en el mercado. En segundo lugar, dadas las relaciones entre el Estado y la sociedad civil en el período 1945-1960 con el pacto populista, esa atención médica del sector público amplía su red propia de servicios, aunque lo hizo de modo más intenso en la esfera restringida de la consulta ambulatoria, y mantuvo la atención hospitalaria como compra de servicios al sector privado.

Si a esas nuevas especificidades en la organización de los servicios se sumaran otras provenientes de las nuevas necesidades internas de su producción como, por ejemplo, la transformación de la base hospitalaria disociada del antiguo consultorio y de la producción individualizada de los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, no será difícil percibir que la respuesta encontrada para la cuestión asistencial por la política social posterior a 1945, al mismo tiempo que tendió a la progresiva expansión de la atención a través del sistema previsional, sostuvo la ampliación de la producción privada de servicios, como también permitió que el proceso sobrevalore la atención hospitalaria y los servicios especializados.

Sin embargo, es necesario observar que tales respuestas no se dieron en un proceso progresivo y lineal. La propia cuestión de la atención médica y su ampliación al interior del conjunto de los beneficios previsionales fue objeto de posiciones divergentes en la política social, así como su efectiva incorporación por parte de los IAP se

dio bajo formas y en grados dispares. Basta recordar, en ese sentido, el hecho de que el Instituto de Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de la Industria (IAPI)³ lo hizo recién a partir de la década de 1950. Aún así, la incorporación de asegurados es bastante significativa. Véase, en ese sentido que, como mecanismo de extensión de la cobertura y de regulación del mercado consumidor de los servicios médicos, los asegurados bajo esta modalidad representaban, en 1964, el 22% de la población brasileña (Oliveira y Fleury, 1986). Es una presencia que, al expandirse el acceso a los servicios permite, sobre todo, la privatización de la atención hospitalaria: en el período 1950-1960 la proporción de camas de propiedad particular frente a la de los hospitales públicos pasa del 53,9% al 62,1% (Donnangelo, 1975; Braga y Paula, 1981). Llegando a 1945, el hospital comenzó a asumir un lugar central en la prestación de los servicios de salud, lo que se consolida a fines de la década de 1950. Con el aumento del número de hospitales, las décadas de 1960 y 1970 asisten a la casi duplicación de la oferta de camas, sobre todo en el sector privado que, de contar con casi el 55% de las camas existentes, en 1945, pasó a detentar el 75%, en 1992 (Machado, 1996a).

Es importante recordar que, en la medicina liberal, la práctica hospitalaria asumió la connotación de una atención complementaria a la del consultorio. La consulta es la forma de producir que caracteriza a la profesión (Donnangelo, 1975). En ese sentido, la disposición para producir servicios, en términos del control del tiempo del médico —como control de la productividad de un trabajador— es muy diferente a la producción social en general. Como productor de consultas, su tiempo y el ritmo de su producción son dictados por la demanda de los clientes, además de caracterizar el producto de su trabajo más como un “asesoramiento” que como un hacer sistemático, una “producción” de un trabajador. La acción del trabajo sobre su objeto de aprehensión y transformación, desencadenada por un trabajador controlado por la empresa para alcanzar cierta productividad, no se corresponde exactamente con el servicio de consultas, sino que está más cercano a las ocupaciones del médico en algunas situaciones de la práctica hospitalaria. En la consulta, el paciente necesariamente actúa en la producción. De allí la pertinencia de la denominación de Freidson (1970a) a la medicina como profesión consultante (*consulting profession*).

Pero la medicina no se expandió como producción de servicios con una tendencia a la universalización de la atención a la población bajo su forma liberal, que marca también la forma moderna de entender el consumo en la sociedad, es decir, como consumo masivo de bienes o de servicios. La medicina de masas es, ante todo, la medicina institucionalizada en su forma de prestar atención, y la política estatal de compra de servicios es lo que sostiene la forma privada de producir en la sociedad, al mismo tiempo que elimina al pequeño productor particular.

Por lo tanto, desde la perspectiva del mercado de trabajo médico, el Estado promueve un proceso de vaciamiento de la autonomía del productor aislado en la medicina liberal, al mismo tiempo que promueve y sustenta el carácter privado de la producción de servicios. En ese período, son relevantes las medidas de política social en el sentido de mostrar la tendencia posterior a 1966, en cuanto a la

³Por las siglas en portugués de *Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários*.

unificación de las instituciones en el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS⁴), lo cual constituye una nueva base para otros cambios cualitativos de ese proceso, dado el alcance y el poder político que pasan a tener la uniformización y la centralización de las decisiones y acciones a partir de 1964 bajo la dictadura cívico-militar en Brasil.

Adicionalmente, los cambios también llevaron a una mayor utilización de medicamentos y la difusión de servicios volcados específicamente a diagnósticos o tratamientos, lo que cambiaría la propia concepción de la práctica médica, redefinida a partir de las especialidades que, a su vez, reflejaban la tendencia estructural de la división técnica del trabajo.

El hospital se define como el integrador de las diversas especialidades médicas y, entre 1945 y 1970, era la modalidad de atención en salud que disponía de los equipos y de la infraestructura necesarios para tales servicios. En la década de 1970, se expanden aquellos servicios exclusivamente de diagnóstico y tratamiento (los servicios “complementarios”), acompañando el *boom* del complejo industrial médico (Braga y Paula, 1981; Cordeiro, 1984).

En la década de 1980, la atención ambulatoria crece a raíz del surgimiento de los servicios ambulatorios de las empresas médicas y de los servicios de urgencias, por lo que se produce una revalorización de la modalidad “consulta” en la producción de los servicios. Y ese incremento de las consultas ambulatorias se ve acompañado por un progresivo aumento de estos servicios, aunque bajo una nueva conexión con los servicios complementarios.

Este es el movimiento del crecimiento de la individualización de la atención cada vez más especializada. Los servicios ambulatorios se especializan y se afirman como modalidad de atención previa y conexas a la atención hospitalaria, desde la base técnica del hospital, las prácticas no hospitalarias de la atención ambulatoria vuelven a crecer, ahora, en sentido inverso a las conexiones existentes en la medicina liberal: no son más los hospitales la prolongación de las consultas, sino los servicios ambulatorios son los que crecen como “prolongaciones” del hospital. Se configura, así, un nuevo aspecto en el proyecto tecnológico y asistencial, el “hospitalocentrismo”, y esa es una alteración profunda.

En un primer momento, tal como ocurrió en los años 1950 y 1960, los médicos del sector privado vieron en esos procesos y, sobre todo, en esa inyección de recursos del Estado para ampliar el número de empleados de los IAP, la posibilidad de mantener formas de autonomía en sus trabajos como, por ejemplo, el trabajo en el consultorio privado. De hecho en sus jornadas de trabajo, los médicos pasaron a combinar esas dos situaciones: la del consultorio propio y la del empleo en el sector público. Pero a medida que se fue ampliando la incorporación de tecnologías y la especialización, y que fue aumentando de forma considerable el número de médicos en el mercado de trabajo —como se mencionó a propósito del creciente número de escuelas médicas en el país— los recursos inyectados viabilizaron la implementación, el crecimiento y una cierta aceptación del trabajo asalariado.

⁴Por la sigla en portugués de *Instituto Nacional de Previdência Social* (INPS)

Si bien surgió en el sector público, esta forma de contratación se extendió al propio sector privado. Por eso, si la asociación entre la forma filantrópica y la forma liberal de consultorio se generalizó hasta los años 1930 y 1940, lo que ocurrió en el período posterior fue la salarización de los médicos también por parte de las Santas Casas de Misericordia y por las sociedades mutualistas y de beneficencia, muchas de las cuales se constituyeron en empresas médicas del sector privado, en consonancia con el fortalecimiento de la privatización.

Cabe observar el hecho de que, con el paso del tiempo, se extinguió la práctica de la atención caritativa en el país y la participación de la corporación médica en ese sentido. Pero es interesante mencionar que, al menos desde 1930 a 1960, aunque progresivamente hayan pasado a ser trabajadores asalariados también en las instituciones filantrópicas y en la medicina pública previsional, los médicos tardaron mucho en concebir como asalariada la relación laboral con esas instituciones. La tomaban como una forma de “medicina social” o “socializada”, cercana a la propia caridad por la cual prestaban servicios a personas pobres, incluso recibiendo un pago por la atención dada. Sea porque el pago era indirecto, porque se realizaba a través de las sociedades de beneficencia, porque no era abultado —ni los ingresos principales—, o simplemente porque sus pacientes eran personas pobres, la “medicina social” fue vista —no solo por los médicos, sino también por los propios pacientes— como una cierta continuidad de la caridad.

Incluso en la década de 1990, con la creación e implementación del Sistema Único de Salud (SUS), esa percepción permanece vinculada a la atención prestada por el sector público. El reconocimiento del trabajo en el sector público de un modo equivalente al del sector privado, en el sentido de prestación de servicio remunerada que atiende los derechos de usuarios que la pagan de forma anticipada (con sus impuestos, en el caso del sector público) aún está poco presente entre los profesionales.

Pero, en el caso brasileño, no se puede decir que el proceso de salarización por parte del sector público, en virtud de la extensión que luego asumió en el mercado de trabajo del médico, haya sido insignificante para la propia construcción de la porción liberal: esta, de hecho, se nutrió del sector público, haciendo que la medicina liberal brasileña, como ya se mencionó, sea menos plena y temporalmente más breve. Según Nogueira (1967), es significativo, por ejemplo, el contraste entre la situación de los médicos y la de los abogados. En 1950, en el ámbito nacional, trabajaban exclusivamente en forma liberal el 75% de los abogados, y solo el 52% de los médicos, cifra que crecía al 59% en el estado de San Pablo.

Adicionalmente, con la capitalización del sector privado, se produce un aumento extraordinario del trabajo asalariado, que resultó en una caída vertiginosa del porcentaje de médicos liberales, que pasó al 8,4% en 1970, y al 5,6% en 1980, en el Gran San Pablo. Ante esta nueva realidad, la concepción del trabajador asalariado como una situación menor en el ejercicio de la profesión ya no es acertada y, como muestran las narraciones de los médicos entrevistados, la expresión “tener empleo” comienza a surgir como aspecto común y cotidiano de la profesión. De hecho, trabajar para otros, en forma asalariada, ya no representa una situación tan desfavorable, pues, a fines del siglo XX, y en consonancia con la medicina tecnológica, la escala de valor en

la jerarquía profesional está dada más por el grado de especialización del trabajo que por la forma de su comercialización. Así, se valora de forma diferente lo que se hace en una terapia intensiva, pública o privada, en comparación al trabajo de urgencias, público o privado, siendo todas situaciones de trabajo asalariado.

Sin embargo, aunque ya más aceptada, la condición de trabajador asalariado, por lo menos hasta mediados de la década de 1980, está lejos de simbolizar a la profesión. Esta aún está representada a través del trabajo en el consultorio, el cual si bien ya es un emprendimiento dependiente de organizaciones del tipo empresarial, por los vínculos con las empresas médicas, los seguros de salud, o incluso con los hospitales privados, el consultorio sigue siendo visto como una práctica liberal.

Así, aunque diversas redes e innumerables prolongaciones de entrada y salida conecten el trabajo del consultorio a una compleja malla del mercado de la oferta y el consumo de servicios de salud, el ideario de la profesión, acuñado en la medicina liberal, mantiene, entre los años 1960 y 1980, la asociación entre la práctica de consultorio y la imagen de la autonomía del médico, transformándolo en el símbolo de verdaderos “territorios libres”. En ese sentido cabe recordar que Donnangelo (1975) establece una importante distinción conceptual entre las formas típicas y atípicas de autonomía, relacionadas con la práctica del consultorio particular, pero esa distinción no ha sido sistemáticamente aplicada en los diversos estudios sobre el mercado de trabajo.

Otra cuestión a considerar está en el hecho de que, ante los costos crecientes de la atención médica, surge en el mercado un nuevo tipo de consumidor: aquel que se caracteriza como consumidor individual y directo de los servicios y pasa a tener un doble comportamiento. O sea, consume servicios ambulatorios (consultas) en los consultorios privados de médicos, considerados como más “autónomos” y, a la vez, servicios hospitalarios (internaciones) y exámenes complementarios o procedimientos terapéuticos ultraespecializados, con acceso garantizado a través de la atención médica pública o de empresas médicas privadas, bajo la orientación clínica de médicos asalariados, tal como lo expresan los relatos de los médicos entrevistados.

En ese movimiento, el nuevo consultorio surge, para los médicos, como posible reordenamiento de la autonomía. Se construyen ahora autonomías “relativas” en las que el médico individual detenta el control parcial de los medios de trabajo y/o de los clientes, e imprime una organización que estructura el trabajo con el fin de preservar una actuación lo más parecida posible a la forma liberal de producción de servicios y que busca retener elementos de la situación de trabajo tradicional. Esa “autonomía contemporánea”, que se establece a lo largo de la década de 1980 hasta fines de siglo, se da tanto en el consultorio privado, casi empresarial, como en las clínicas cooperativas, o incluso a través de la inserción de la consulta en el ámbito hospitalario, creando el consultorio del hospital, que de hecho constituye una alternativa. Incluso, así transformadas, esas situaciones de autonomía de mayor o menor extensión y calidad siguen siendo situaciones de mayores ingresos y mayor prestigio profesional, de allí que persistan como ideal de trabajo.

Sin embargo, si esa configuración de la producción de los servicios puede asumir, como ocurre con los médicos que recién ingresan al mercado, el sentido de

autonomía y de práctica de mayor valor, para los formados hace más tiempo y que se integraron al mercado bajo la antigua forma “liberal”, a través de la cual construyeron su vida en la profesión, todos esos cambios expresan rupturas en un patrón de trabajo y atención ya constituido. Ellos reconocen el proyecto liberal como parte del pasado, cuyos valores les resultan muy difíciles de reencontrar.

Esa es, ciertamente, una gran diferencia en los ideales de buena práctica y buena atención que se encuentran en las narraciones de los médicos, cuando se contrastan los relatos de los médicos formados entre 1930 y 1960, con los de aquellos formados entre 1980 y 1985. No obstante, a lo largo de sus vidas de trabajo, incluso en los más jóvenes, esa “autonomía reorientada” genera cierto desconcierto, pues si tal reorientación inicialmente parecía un buen camino para asegurar al menos la autonomía técnica, situada en el momento de la consulta y del juicio clínico del médico, ese momento fue progresivamente transformándose en objeto de nuevas tensiones. El nuevo paciente, que al principio revalorizó la consulta del médico particular buscando su parecer especializado en cuanto al diagnóstico de su caso, al desdoblarse el uso de los servicios en su proyecto de tratamiento, como ya fue mencionado, introduce otros desafíos asistenciales y de trabajo para el médico. Esa nueva forma de relación médico-paciente —episódica y focalizada en aspectos parciales de la práctica del médico— también representa, para este, un ejercicio profesional incompleto, interrumpido.

Los años posteriores a 1980: el nuevo perfil de trabajo

Afirmar que el médico de fines del siglo XX enfrenta un ejercicio profesional interrumpido, en el que respeta la relación con los pacientes, es destacar un conflicto importante vinculado a la cuestión de la autonomía. Sin embargo, ante los nuevos contextos de la práctica y del mercado de trabajo de 1980 y 1990, es tan solo uno de los aspectos de la profesión. Aunque siga siendo la cuestión de época para los médicos contemporáneos, las rupturas en las interacciones interpersonales e intersubjetivas están ancladas en otras fragmentaciones del ejercicio profesional.

En primer lugar, ocurre una gran expansión de servicios médicos, lo que indica el enorme éxito histórico de la medicalización de la sociedad no solo en cuanto a los padecimientos, sino al cuidado de la salud visto como prevención del padecimiento por medio de la atención médica individual. Desde el surgimiento de la noción de prevención, en la década de 1950, si bien se hizo un gran esfuerzo en términos de políticas de salud pública, el hecho es que las propias políticas públicas de atención a la salud estimularon fuertemente el consumo individualizado, tanto de los servicios como de los tratamientos. De ese modo, crecen los servicios de atención individual, aunque no siempre de forma equilibrada entre oferta y demanda. Tampoco hay un equilibrio entre la producción a cargo del sector público, entre el Sistema Único de Salud (SUS) o los convenios que la medicina previsual había establecido desde los años 1970 con el sector privado, y los denominados planes de medicina prepaga,

correspondientes a la prestación asistencial exclusiva del sector privado, por medio de empresas médicas y seguros de salud. Ese sector mostrará un gran crecimiento a lo largo de la década de 1990 y, al ser una posibilidad social de consumo de los sectores más ricos de la sociedad, el aumento del consumo expresa una elitización en el acceso a la medicina tecnológica. Adicionalmente, aunque el mayor crecimiento de la oferta sea en la esfera de la atención ambulatoria, o sea, de las consultas en consultorios aislados y en clínicas ambulatorias, esa atención ya no representa más el núcleo resolutivo de los tratamientos sino una puerta de entrada a la atención hospitalaria y a los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento. También en esa relación entre la atención ambulatoria y la atención hospitalaria se producirán desequilibrios.

Según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), en 1992, Brasil contaba con más de 50.000 establecimientos de salud registrados (Viacava y Bahia, 1996), con un gran crecimiento en 1980. Entre puestos y centros de salud, clínicas ambulatorias, servicios complementarios y hospitales, la expansión produce el aumento de los servicios no hospitalarios y del sector público y, a fines del período 1990-1992, se produce el proceso de municipalización de las acciones de salud. Con el incremento de estos diversos tipos de establecimientos públicos y privados, se verifica que el número de puestos de salud y el de clínicas ambulatorias se duplicó con relación a 1980, cuadruplicándose el número de centros de salud, como una de las modalidades ambulatorias del sector público. El conjunto produjo un número de consultas considerablemente mayor, indicando una tendencia marcada de ambulatorización de los cuidados.

Esa configuración de la estructura general de la atención resultó en un aumento del número de empleos. Para los médicos, en 1992, la oferta se duplicó con relación a 1980. Pero lo que más creció en el período fueron otras profesiones: psicólogos, bioquímicos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, entre otros. Si bien ese crecimiento se dio a costa de la ambulatorización del trabajo, el total de empleos en hospitales, excepto en los psiquiátricos, representó cerca del 65% del total de empleos del sector salud y el 62% del total de empleos disponibles para los médicos, en particular.

En 1992, aproximadamente el 30% del total de empleos para egresados de educación superior del sector salud en Brasil se concentraba en el estado de San Pablo, de los cuales el 71% eran ocupados por médicos, con una concentración aún mayor de los empleos —para los médicos y para los demás— en el municipio de San Pablo.

De acuerdo con una investigación realizada en la región metropolitana de San Pablo, en los años 1980 y 1981 (Cohn y Donnangelo, 1982), la categoría profesional médica estaba compuesta por un número significativo de jóvenes, de los cuales el 77% hombres y el 23% mujeres.

La distribución según ingresos mensuales —considerados en forma aislada— revelaba que el médico ya no era un profesional privilegiado entre los de formación liberal, pero tampoco traducía una situación extremadamente desfavorable: el 4% estaba en la franja de entre 4 y 17 salarios mínimos y el 4,8%, con más de 52.

En cuanto al número de trabajos, el 25% de los médicos tenía solo un trabajo y los demás, dos o tres. La jornada laboral era intensa: el 62% de los médicos trabajaba más de 40 horas semanales.

Como sector exclusivo de trabajo, el sector público absorbía solo el 13% de los profesionales; el 43% trabajaba solo en el sector privado y el 43%, en ambos. Los ingresos mensuales de los que trabajaban en el sector público eran menores de los del sector privado, y las mayores ganancias eran de los profesionales vinculados a ambos sectores.

La complejidad del mercado de trabajo empujaba al profesional a una diversificación de sus funciones, de allí que el 42% trabajara en áreas de actividad secundaria (especialidad secundaria), en las que predominaba la clínica sobre la cirugía. Solo en el 8,7% de los casos coincidían las especialidades principal y secundaria.

La diversificación del mercado de trabajo del médico puede ser evaluada incluso por la amplia y diversa gama de instituciones que lo componen, pero la actividad en el consultorio era constante. A esa diversidad, se asoció la complejidad creciente que asumió el trabajo médico, combinando vínculos con diferentes instituciones, de distintos tipos, bajo diversas condiciones y relaciones de trabajo. Solo el 38% de los entrevistados participaban en el mercado a través de una única forma (lo que no significa un único empleo: el médico podía ser solo asalariado, pero en distintos empleos), y el 61% conciliaba dos o más formas de participación. En cuanto al trabajo asalariado, el 22% de los profesionales era solo asalariado, mientras que el 76%, si bien era asalariado, solo el 5,6% trabajaba exclusivamente en consultorio.

A diferencia de la década de 1970, cuando el 51% trabajaba de forma asalariada en el sector público, los datos de 1980 revelan solo el 8,8% asignado exclusivamente en ese sector, contra el 39%, exclusivamente en el privado. A partir de 1980, el tiempo de participación en el mercado es un elemento significativo para el acceso a formas de trabajo con mayor autonomía. El sector asalariado pasó a generalizarse entre las distintas franjas etarias y, por lo tanto, dejó de ser una puerta de entrada al mercado que, adicionalmente, tendía a representar ingresos inferiores. En cuanto a las formas de participación en el mercado de trabajo y de especialidad, de los exclusivamente asalariados, el 23% se concentraba en áreas clínicas, con predominio de las especialidades más generales, y el 16%, en las áreas como salud pública, administración, etc., siendo bastante modesta su participación en las áreas quirúrgicas.

Para 1980, el trabajo asalariado ya no era un hecho nuevo y el período estaba marcado por condiciones de trabajo cada vez más desfavorables para los profesionales no asalariados, convirtiendo el trabajo asalariado en garantía de mayor estabilidad en cuanto a los niveles de ingresos respecto de los años precedentes. Pero el mercado de trabajo, incluso con dificultades, se expande: el 61% de los nuevos puestos de trabajo corresponden a la década de 1970 y el 19% a la de 1980. Esa expansión ocurrió básicamente por la ampliación de puestos de trabajo con menos de 40 horas semanales. En la década de 1960, el sector público prevalecía sobre el privado. Este último se consolidó en la década siguiente, reafirmando esa tendencia en la década de 1980, cuando el 69% de las instituciones ya eran privadas.

Pero la expansión del mercado de trabajo fue marcada por el aumento de oportunidades en virtud del progresivo fraccionamiento que sufrió el trabajo médico. El médico conformó no solo diferentes formas de participación en el mercado, sino también distintas áreas de especialidad y trabajo bajo diversos tipos de interferencia

sobre su práctica. Así, una de las características más distintivas del trabajo médico en ese período fue la inestabilidad de los profesionales en el mercado de trabajo, la complejidad del ejercicio profesional y la versatilidad exigida.

Una investigación de alcance nacional sobre el perfil del médico en la década de 1990 (Machado, 1996b, 1996c; Machado *et al.*, 1996) revela la acentuación de las características señaladas en la década anterior: un gran contingente de jóvenes, la inserción en el mercado con más de una actividad laboral y la asociación tanto de vínculos laborales, como de especialidades, además de la creciente presencia de mujeres, que pasan a ser el 33% de los profesionales.

Pero en las actividades de consultorio, el 71% son hombres, tasa que disminuye al 67% en las capitales, que concentran el 66% de los médicos. Hay un número significativo de profesionales sin práctica de consultorio: el 25% en todo Brasil, de los cuales el 24% corresponde al sudeste del país.

La gran concentración de médicos en las capitales muestra una relación de 3,28 médicos por cada 1.000 habitantes; número que, por fuera de estas, cae a 0,53 médicos por cada 1.000 habitantes. Cerca del 70% de los médicos se vincula laboralmente al sector público, y solo el 28% trabaja de forma exclusiva en el sector privado, lo que aumenta al 31% en la región sudeste. La mayoría de los médicos brasileños (57%) cuentan con dos o tres actividades (27% y 30%, respectivamente). Sin embargo, el 24% suma cuatro o más actividades de trabajo. Para los más jóvenes, entre estas actividades están las guardias: el 50% de los médicos hacen guardia, de los cuales apenas el 9,4% tiene más de 50 años.

Al contrario de lo que sucede en los demás estados y regiones, en San Pablo, en ese período, los médicos se distribuyen de forma similar entre la capital y el interior del estado (Machado, 1996c).

Cerca del 69% de los médicos tienen menos de 45 años y, el 69%, son hombres, cifra que desciende al 65% en la ciudad de San Pablo. En el interior, los médicos son más viejos que en la capital, donde también se concentran las mujeres. De los médicos del interior, el 82% tiene consultorio, contra el 74% de la capital, donde también se concentran los especialistas. En el estado, el 78% de los médicos ejercen hasta cuatro actividades y cerca del 50% trabajan como médicos de guardia.

Este conjunto de datos muestra los grandes cambios por los que pasaron el trabajo, su mercado y el perfil del profesional médico. Y si hay una síntesis de las principales alteraciones, puede ser presentada en los siguientes términos: se verifica, de hecho, una expansión y diferenciación de los servicios con una progresiva especialización e incorporación de equipamientos valorizada por los médicos; el trabajo pasa a ser producido en forma empresarial con presencia del trabajo asociativo, colectivo y en equipos, lo que lleva al surgimiento de una nueva profesión: la gerencia de servicios de salud, que implicará acuerdos laborales más difíciles para el médico; en esa dirección, la producción individual se torna dependiente de la gerencia institucional, y la producción institucional dependiente de las políticas públicas en salud, lo que genera cierto desconcierto profesional; desde el punto de vista asistencial, se produce una universalización de la atención, pero con una elitización en el consumo de la tecnología y consiguiente institucionalización de las

desigualdades en la producción y consumo, generando situaciones muy diversas de ejercicio profesional y muchas veces el médico estará en más de una de ellas; surgen los consumidores colectivos, aumenta el carácter rutinario del trabajo, se extiende la jornada de trabajo, los médicos pasan a tener significativas diferencias de ingresos, diferentes vínculos, estabilidad y permanencia en el trabajo, lo que, a su vez, causa una gran disconformidad profesional; y, por último, todos estos cambios institucionalizan una heterogeneidad de relaciones médico-paciente que genera una crisis en los propios vínculos de la relación.

De este modo, cambian las expectativas individuales y colectivas, como también las cuestiones que los médicos se plantean en cuanto al ejercicio de su intervención técnica y de su profesión.

Ese conjunto de cambios fue analizado a partir de las transformaciones tal como fueron vividas y percibidas por los propios médicos en su cotidiano. Los siguientes capítulos aportan esos relatos: detallan y califican las transformaciones y muestran la percepción de cada uno y sus representaciones como grupo profesional, corroborando la realidad general del trabajo. Además, al observar los propios cambios que emergen de los relatos, en términos de contrastes entre las cuestiones técnicas, organizativas y mercantiles valoradas por los entrevistados en cada período, se pueden conocer los aspectos nuevos de la medicina con relación a la de otrora.

En las dos partes siguientes del libro se presentan todos estos contrastes. Que las narraciones de los entrevistados traigan, entonces, esos distintos tiempos: el de la medicina liberal, el de la coexistencia de esta con la medicina tecnológica y el tiempo de la tecnología plenamente instalada. Esos tiempos son evocados por la memoria de aquellos que los vivieron y aquí los recuerdan, permitiendo que, hoy, se conozcan algunas de esas cuestiones.

PARTE II

El médico y su trabajo: referenciales y límites de la libertad

Pero cuando vio la hora recordó, con un sobresalto que le hizo llevarse la mano al pecho, que había olvidado tomar su vaso de leche.

Se encaminó a la cocina y, como si hubiera traicionado culpablemente a Armando y a los amigos devotos, junto a la heladera bebió los primeros sorbos con una ansiosa lentitud, concentrándose en cada trago con fe, como si estuviera indemnizando a todos y castigándose ella. Como el médico había dicho: “Tome leche entre las comidas, no esté nunca con el estómago vacío, porque eso provoca ansiedad”, ella, entonces, aunque sin amenaza de ansiedad, tomaba sin discutir trago por trago, día por día, sin fallar nunca, obedeciendo con los ojos cerrados, con un ligero ardor, para que no pudiera encontrar en sí la menor incredulidad. Lo incómodo era que el médico parecía contradecirse cuando, al mismo tiempo que daba una orden precisa que ella quería seguir con el celo de una conversa, también le había dicho: “Abandónese, intente todo suavemente, no se esfuerce por conseguirlo, olvide completamente lo que sucedió y todo volverá con naturalidad”. Y le había dado una palmada en la espalda, lo que la había lisonjeado haciéndola enrojecer de placer. Pero en su humilde opinión una orden parecía anular a la otra, como si le pidieran comer harina y al mismo tiempo silbar. Para fundirlas en una sola, empezó a usar una estratagema: aquel vaso de leche que había terminado por ganar un secreto poder, y tenía dentro de cada trago el gusto de una palabra renovando la fuerte palmada en la espalda, aquel vaso de leche era llevado por ella a la sala, donde se sentaba “con mucha naturalidad”, fingiendo falta de interés, “sin esforzarse”, cumpliendo de esta manera la segunda orden.

Clarice Lispector
Lazos de familia

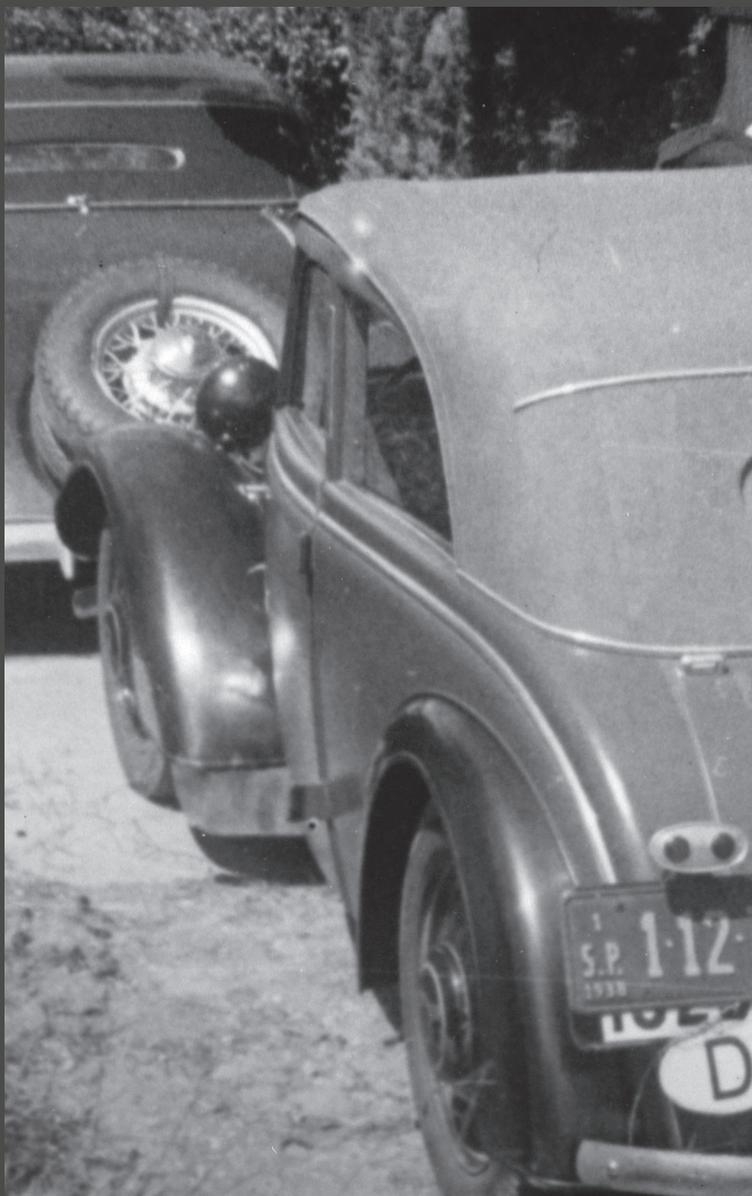


Foto: Werner Haberkorn. Parada en Santo Amaro, São Paulo, Brasil. Acervo del Museu Paulista de la Universidade de São Paulo.

Capítulo 3

¡Doctor, aquí está su sombrero!: la medicina liberal en las historias de los médicos

La doctora Emilia¹ nació en el estado de San Pablo, en 1902. Primero estudió Odontología y después Medicina, en la cual eligió Obstetricia y Ginecología: *Aquí está mi credencial...* “Partos, operaciones, molestias de señoras”. Hija de un “fuerte comerciante” que falleció a los 32 años, por lo que complementar el ingreso familiar se tornó algo importante. El lema de la casa era ser independiente y tener ingresos propios, o sea, tener una profesión, de modo que a los dieciocho años se graduó en Odontología. No conoció médicos en su familia, y de los cinco hermanos ninguno estudió Medicina: solo una hermana asistió también a la Facultad de Odontología y, otra, estudió Farmacia y Filosofía; su hermano es abogado y las otras dos hermanas, pianistas. Ejerció la profesión de dentista durante seis años, tiempo en el que ingresó a trabajar en la oficina de Correos y Telégrafos, donde fue tesorera por diez años. Luego de formarse en medicina trabajó en el servicio ambulatorio y en el hospital de la Cruz Azul, institución de atención a los integrantes de las Fuerzas Armadas y sus familiares, donde ejerció por más de 30 años. Tuvo consultorio privado durante casi 45 años. Al momento de la entrevista, estaba jubilada.

El doctor Fabio nació en Minas Gerais, en 1910. Se graduó en Medicina y durante sus primeros años después de recibido trabajó solo en cirugía general, a lo que más tarde sumó actividades clínicas (clínica general y pediatría). Trabajó también en fisioterapia, como médico contratado en un hospital privado por casi 15 años. Al mismo tiempo, en el consultorio particular, poco a poco fue delimitando la atención de la clínica y la cirugía general al área de ginecología, a la que luego agregó el área de obstetricia, actividades que ejerce hasta hoy y en las cuales trabaja hace ya casi 35 años. Hijo de comerciante y hacendado, conoció un tío médico en la familia y dos farmacéuticos. Tenía varios primos graduados en medicina, en Belo Horizonte y en Río de Janeiro; pero, de sus once hermanos y hermanas ningún otro es médico: *...de profesión, solo un hermano hizo Derecho [...]. ¡En mi familia no era importante hacer Medicina! ¡No! ¡No les entusiasma nada! Era gente más de campo [...]*

¹Sobre la base del consentimiento informado y la ética en investigación, el anonimato formó parte de los criterios de transcripción y edición de las narrativas, por lo que los nombres de los entrevistados son ficticios, y se evitó identificar situaciones de trabajo o institucionales que pudieran ser reconocidas.

eran más del comercio [...] eso era lo fuerte allá en el sur de Minas. Antes de graduarse, no trabajó. Ya médico, siempre trabajó como contratado en un hospital privado y, al momento de la entrevista, todavía tenía su consultorio ubicado dentro del hospital, en el que trabajó durante casi 48 años. En otras actividades hospitalarias trabajó más tiempo aún.

El doctor Nelson siempre vivió en San Pablo, donde nació en 1912. Es hijo de comerciantes, sin otro médico en la familia. Comenzó la Facultad de Derecho pero desistió y cursó Medicina. Durante la carrera trabajó como visitador médico: *...la vida siempre fue ajustada para nosotros... me gustaban las ventas. Sabía hablar, conversar, discutir... Si el médico quería discutir, le respondía... ¡probaba!* Después, aún siendo estudiante, trabajó también como técnico de laboratorio en el Servicio Sanitario del Estado. Durante toda su vida profesional siempre trabajó como clínico general y también en el área de enfermedades venéreas, a través de actividades que ejerció por 30 años en el Servicio Sanitario del Estado. En 1987, cuando se realizó la entrevista, cumplía casi 45 años en su actividad de consultorio privado, en el que aún trabajaba, y mantenía además un cargo como médico de guardia en el servicio de emergencias de un hospital público, el que ocupaba hacía 20 años. Por un período más corto, cerca de ocho años, fue médico contratado del sector público en el Servicio de Atención Médica Domiciliar de Urgencia (SAMDU).

El doctor Paulo nació en 1912, en una ciudad del litoral de San Pablo, y se mudó a la capital siendo niño. Dentro de la Medicina eligió y se mantuvo en la Pediatría. En su familia había un médico, su tío, y si bien su padre no fue médico, siempre quiso tener un hijo que trabajara en esa profesión. Sin embargo, de los tres hermanos, solo él estudió Medicina. Mientras cursaba la carrera, trabajó como visitador médico. En su vida profesional sitúa un corte vinculado a un viaje que hizo para estudiar pediatría fuera del país: *“Cuando volví, eran otras las condiciones”*. Cuando se realizó la entrevista aún trabajaba en su consultorio privado, actividad que mantuvo por casi 50 años. También hizo atención hospitalaria, contratado por un hospital de beneficencia, al cual renunció luego de 35 años de trabajo.

El doctor Silvio nació en el interior del estado de San Pablo, en 1915, y aún siendo niño se radicó en la capital, en el Brás². El padre siempre trabajó en comercio y de los tres hermanos, ninguno cursó Medicina. Él mismo dudó entre Medicina e Ingeniería, profesión por la cual optaron sus parientes más cercanos: *...siempre me gustaron más los clientes, asistir a las personas. [...] Fue más por eso. Porque tengo mucha cabeza para razonar [...] debería irme bien en ingeniería*. Siempre trabajó en clínica general, primero en un consultorio privado y después como propietario de un hospital, ejerciendo actividades en la sala de internación durante casi 30 años y en el servicio ambulatorio, 15 años. Trabajó como perito médico en los Institutos de Jubilaciones y Pensiones durante 35 años. Al momento de la entrevista, no ejercía más la profesión.

²Se trata de un barrio que, entre los años 1920 y 1940, fue una zona industrial de la ciudad de San Pablo y actualmente es más comercial. A inicios del siglo XX formó parte de la ruta de exportación de café y fue por donde entraban los inmigrantes italianos para trabajar en la zona rural paulista. Muchos de ellos se establecieron en el Brás.

El doctor Mauricio nació en Ucrania, en 1916. Llegó a Brasil con cinco años de edad y se asentó primero en el interior del estado y luego en San Pablo. Entre los familiares directos, un tío era médico, y entre los más distantes, otros dos parientes también lo orientaron y ayudaron a hacer Medicina. Aún siendo estudiante se vinculó al área de Cirugía y de Ginecología, las cuales le permitieron ejercer ciertas actividades remuneradas mientras estudiaba, sobre todo, en los tres últimos años de la carrera. En los casi 50 años de práctica en consultorio privado, actividad que aún realizaba en la época de la entrevista, siempre se atuvo más a la Ginecología, la Clínica y la Cirugía. Después que se graduó, trabajó como voluntario en un hospital de beneficencia. Durante diez años, fue médico del servicio ambulatorio del Sindicato de los Conductores de Vehículos y Anexos, y durante 30 años en el Instituto de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados en Transportes y Cargas (IAPETEC) donde, en un inicio, realizó solo actividades hospitalarias como médico de guardia y, luego de siete años, pasó a trabajar solo en el servicio ambulatorio. Sin embargo, nunca abandonó la práctica quirúrgica en hospitales previsionales, para algunos casos. Incluso, si bien al momento de ser entrevistado ya se había jubilado, además de su consultorio, trabajaba aún en esa actividad ambulatoria: *“Hasta hoy sentimos la obligación de hacer algo por esa área social. Siempre me preguntan: ¿Por qué continúa operando enfermos del INPS³?; y respondo: ¡Porque me siento bien!”*

El doctor Antonio nació en 1917, en Portugal. Llegó a Brasil aún siendo niño, y se instaló con su familia en el Brás. No es solo el único médico de la familia, sino el único de sus seis hermanos con estudios universitarios: *“...éramos y siempre fuimos absolutamente pobres. Este es un problema importante porque es lo que marcó mi vida: ¡la pobreza!”* Su padre fue empleado gráfico. Desde chico ya trabajaba en el comercio, e inició su escolarización recién en la adolescencia. No tenía contacto con médicos, excepto como paciente. Estudió medicina trabajando y, una vez graduado, siguió realizando actividades no médicas por un cierto período. Entre las áreas de la Medicina, eligió la Pediatría. Trabajó durante 35 años como médico contratado en un hospital público y por 25 años, en un hospital privado. Con casi 40 años de consultorio privado, al ser entrevistado, aún conservaba esa actividad.

El doctor Carlos nació en 1927 y siempre vivió en San Pablo. Su padre fue gerente de una fábrica de cigarros y no existían médicos en su familia. Aún así, siempre convivió mucho con estos profesionales y otras personas de prestigio. Desde su tiempo de estudiante de medicina ya ejercía actividades remuneradas como practicante en servicios de la propia facultad, donde trabajó en el laboratorio clínico durante casi cuatro años. Una vez graduado, ejerció siempre en el área clínica, inicialmente en actividades de atención de emergencias y de clínica general. Trabajó durante los dos primeros años de su vida profesional en un servicio de urgencia recién creado de un hospital público y, además del trabajo en el consultorio de otro médico más viejo, durante cinco años trabajó en otro servicio de urgencia del que fue propietario junto con otros seis colegas, y que tuvo que cerrar: *“¡A mí me encantaba! Me encantaba porque era mi característica. Como yo no paro, entonces para mí era... [...] Pero no*

³Instituto nacional que, en 1966, unificó a los distintos Institutos de Jubilaciones y Pensiones.

rindió. No rindió porque eran todos científicos, ¿no? Recién después de estas actividades profesionales abrió su consultorio privado, el cual mantuvo durante casi 30 años y en el que aún trabajaba al momento de la entrevista, y en el que fue delimitando progresivamente su ejercicio hacia el área de cardiología. Al mismo tiempo, trabajó desde el inicio de su vida profesional en otros dos empleos públicos: como médico contratado en un hospital público por casi 30 años —en el que aún trabajaba al ser entrevistado— y como médico-perito del Instituto de Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de la Industria (IAPI), en el que trabajó durante casi 25 años.

El doctor Luis nació en San Pablo, en 1929. Su padre era médico, por lo que convivió desde niño con la medicina, el hospital, los enfermos y la vida del médico: “...yo me acuerdo mucho de andar con mi papá de acá para allá, atendiendo llamados...” Durante la carrera de Medicina no trabajó, y una vez graduado se mantuvo más o menos dentro del área de actuación médica de su padre: la atención hospitalaria y la clínica de consultorio, en los que ejerció Cirugía General y Ginecología. Al momento de la entrevista, llevaba más de 30 años trabajando en un consultorio particular instalado en el hospital privado en el que actuaba y con el cual su padre había mantenido relaciones profesionales. Simultáneamente, trabajaba en el sector público, y además en el sector privado en el área de atención médica de una fábrica. Durante 25 años trabajó en el consultorio médico de una sociedad mutualista barrial en la región norte de la ciudad.

Emilia, Fabio, Nelson, Paulo, Silvio, Mauricio, Antonio, Carlos y Luis son los nueve entrevistados cuyas narraciones describen el trabajo en la medicina liberal y en el periodo de su superación por la medicina tecnológica. Todos comenzaron su vida profesional entre 1931 y 1955, dentro del período histórico propuesto (1930-1960). Fueron entrevistados en 1987 y 1988, ocasión en la que dos ya estaban jubilados. Todos habían transitado por la característica práctica de consultorio privado y trabajaban o habían trabajado en la ciudad de San Pablo. Emilia, única mujer entrevistada, era ginecobstetra. De los hombres entrevistados, uno era ginecobstetra, tres clínicos —dos generalistas y un cardiólogo—, dos pediatras, dos cirujanos generalistas, de los cuales uno de ellos al final de la carrera, también se tornó ginecólogo.

Los testimonios se presentan aquí de dos maneras: por un lado, una síntesis de la historia que cada uno de ellos narró en la entrevista; y, por otro, extractos o fragmentos considerados significativos e ilustrativos y que permiten componer el análisis interpretativo. Esta segunda forma está presentada en el próximo capítulo, reservando para este la síntesis de los relatos.

En virtud de la extensión, se optó por seleccionar tres de las nueve historias, que representan distintos años de formación (1931, 1941, 1953) lo que permitía mostrar mejor las diferencias al interior del período analizado. Pero también, al ser una médica ginecobstetra y dos médicos clínicos —de los cuales el segundo, es cardiólogo— simbolizan el período como un todo: muestran la diversificación de las áreas médicas, con la mayor presencia de clínicos, la especialización que se inicia a fines del período, y la poca presencia femenina.

Con la palabra: doctora Emilia, doctor Nelson y doctor Carlos

Doctora Emilia

Nací el 21 de octubre de 1902, en Río Claro, y después vine a San Pablo. Lo que soy y fui se lo debo a mi familia a los que les rindo, en este momento, mi gratitud. Mi padre y mi madre eran italianos. Mi madre llegó a Brasil con cinco años... Ignoro cuándo vino mi padre, pero creo que aún era un niño. Falleció muy joven, a los 32 años, probablemente víctima de insuficiencia cardíaca. Se llamaba Anselmo, era un gran comerciante. De pequeña vine a San Pablo. Tal vez con un año o un poco menos. Y, aquí, creo que vivimos en el Brás.

Decidí hacer la carrera de dentista porque mi madre quería que tuviésemos una profesión. Ser autosuficientes... Así que me gradué, tuve un consultorio dental en la calle Piratininga, en una casa de dos plantas, y atendía. En el consultorio era todo importado. Mi padraastro lo mandó traer de Alemania, pero él no era una persona de dinero, era más o menos, porque en aquel tiempo todo rendía, todo se hacía dentro de casa. Uno ganaba dentro de casa. Todo se hacía en familia...

Cuando hice Odontología, ya quería ser médica y, cuando entré en la Facultad de Medicina, le pasé el consultorio odontológico a mi hermana. Pero primero hice lo que necesitaba para hacer frente a las cosas en casa. Le comuniqué la decisión a mi madre y ella dijo: "¡Es una profesión para hombres, mi hija! Se necesita estudiar mucho y tener mucho coraje. Y vos sos tan débil..." Pero, al igual que mi madre, yo era persistente. Salí a mi mamá.

Cuando cursábamos anatomía teníamos al profesor Bovero. Era un profesor... un gran profesor contratado en el extranjero, que nos daba clases. Entonces, él decía: "La semana que viene, las chicas no tienen que venir a la clase porque vamos a dar órganos genitales masculinos". Flamínio Fávero⁴, después, decía: "La semana que viene, las chicas no tienen clase porque vamos a dar molestias... desviaciones sexuales". Entonces, en esas semanas no teníamos clases, porque las chicas no podían asistir a esas clases. Eso es curioso porque, hoy en día, todo el mundo se ríe de eso... Quiere decir que una médica mujer no podía especializarse en Urología, no podía ser médica de hombres, no. Y no podía conocer esa gran variedad de disturbios sexuales.

Pero, después, en la práctica, una mujer consultaba por las cosas de... de las relaciones sexuales anorrectales y eso, y entonces nosotros quedábamos mal... porque no habíamos tenido esa clase. Eso es muy curioso. Para comenzar, una médica, incluso siendo clínica generalista, no examinaba hombres. Además, creo que no era necesario. Hoy hay quien trate a los hombres, creo. El hombre es siempre hombre y la mujer es siempre mujer... no funciona. En general, las médicas de mi época hacían Pediatría o Clínica General, pero más vinculada a la parte de señoras. Hoy, se ven esas doctoras famosas que atienden muy bien las molestias anorrectales; ilo hacen muy bien y hacen proctología incluso!

⁴Flamínio Fávero es profesor de Medicina Legal.

Pensé en hacer Ginecología y Obstetricia y me orienté a Cirugía en cuarto año. En aquel tiempo, nosotros dábamos la anestesia. Porque la anestesia no tenía... la anestesia la aplicaba el estudiante. El instrumentista decía: "Mirá, la sangre está oscura. Mirá, la sangre está clara. Disminuí la anestesia". Nosotros empezábamos con el cloroformo... Un poco inhalaba el enfermo con la máscara, otro poco nosotros... Después vinieron los progresos de la anestesia. Pero eso fue mucho después. Para todos los que se orientaban a cirugía era así. Yo, desde cuarto año, porque todos en general se inclinaban por las especialidades. Continuaban con sus materias básicas, pero ya se orientaba, más o menos, a aquello que quería seguir. Y para mí, por ejemplo, la clínica general era una bella especialidad, pero no se adaptaba mucho a mi temperamento: rápida, práctica y objetiva. Entonces, creí que era difícil ser una buena clínica. Y el buen clínico es el gran médico de hoy... el buen clínico es el gran médico de mañana y siempre.

Era difícil ser una buena clínica, porque depende de mucho estudio. Necesitaba estudiar mucho y en aquel momento los recursos eran muy escasos y los resultados no eran palpables, por decirlo de algún modo. El área quirúrgica era más objetiva... La persona quedaba bien o se iba... era más útil, a primera vista, y fui eligiendo esa área pero también por otra cosa. Primero, por mi temperamento. Yo era saludable, soy rápida mentalmente, tengo una determinación inmediata, y la especialidad exige rapidez mental, salud, porque hacer obstetricia en aquel tiempo... Hoy ya es un poco diferente. En aquel tiempo, era necesario tener salud... Levantarse de noche, hacer un parto, por ejemplo, hay que quedarse... Va hasta las dos de la mañana: "Ah, está todo bien". Después, a las cinco, otra vez, y después la mujer iba a dar a luz al mediodía. Ahora, ¡no! Se resuelven más rápidamente las cosas... La profesión médica no es una profesión, es una vocación. En aquel tiempo, era vocación. No era... un salario. Era un sacerdocio, por así decirlo. Y éramos como sacerdotes, porque íbamos a atender lejos, gratis, hasta le dejábamos dinero al cliente... No había instituto, no había ninguna de esas organizaciones que existen hoy, y que tanto facilitan la vida del médico.

Llamaba a la urgencia y la urgencia llevaba al paciente. Y, después, el médico iba adonde habían llevado al paciente... Eso ya no existe... Eso despersonificó al médico. El enfermo ya no pide su médico. Él va al hospital y acepta el médico que está de guardia. Eso no lo aceptaban, en mi tiempo. En mi tiempo, si no llegabas el parto... eras un esclavo. Porque, si no llegabas a hora del parto... y no llegabas a atender a la paciente... Ah! Eso era una cosa seria. El paciente hacía su publicidad.

En aquel tiempo, la Cruz Azul, que era una institución que brindaba atención a las familias de los soldados, cabos y oficiales de la Fuerzas Armadas, fue la primera organización que tuvo atención al parto domiciliario pagado por la institución. Los partos domiciliarios los hacían las comadronas, personas más o menos preparadas... No había muchas personas formadas, porque fue la Maternidad San Pablo la que hizo la escuela de parteras, allá por 1913. De manera que eran unas personas adaptadas, por así decir, al servicio y controladas hasta cierto punto por médicos. Pero no eran personas formadas. Entonces, la Cruz Azul hacía partos domiciliarios: la partera nos llamaba por alguna cosa y nosotros nos atrevíamos, en aquel tiempo, a hacer algunas intervenciones en casa. ¿Ya vio eso? Y no teníamos infecciones. Por ejemplo, la partera llamaba a una hora. Después, el parto se modificaba... Y cuando llegaba la hora, las condiciones eran diferentes. Entonces, resolvíamos los problemas con algunas pequeñas intervenciones que se hacían en el domicilio. Y, solo si necesitaba una intervención mayor, se trasladaba la paciente al hospital, porque las propias pacientes no

querían ir al hospital. En el parto, no. Nadie quería el hospital, por miedo a las infecciones, porque teníamos una cantidad de mujeres, pobrecitas, que morían por infecciones puerperales, en aquel tiempo...

La Segunda Guerra Mundial trajo consigo la aparición de las sulfamidas y, posteriormente, Fleming aportó la penicilina, que fue un gran recurso para nosotros... Hasta 1944, antes de su descubrimiento, había mucho de esas venéreas sifilíticas. En 1944, en una entrevista que di para el Diario de la Noche, dije que creía que, cuando un ciudadano se casaba, debía llevar, junto con la partida de nacimiento, un certificado médico, por las cosas horrosas que se veían en las mujeres recién casadas... afecciones venéreo-sifilíticas en evolución, llenas de anexitis. Era como un regalo de luna de miel. De manera que eso era una cosa que impresionaba muchísimo. Unos procesos anexiales importantes, esterilizaciones grandes, que por suerte la penicilina pudo resolver, no solo la parte de la sífilis... En aquel entonces, para la sífilis, antes de la penicilina, solo teníamos bismuto, mercuriales, esas cosas... Y, en aquel tiempo, en la clínica particular, pedir un examen para sífilis era feo... De manera que, cuando necesitaba pedir un examen, llamaba por teléfono al laboratorio y decía: "Mire, el examen de sangre que pedí es para Wasserman". Si había cuatro cruces⁵, la familia se enojaba: "Esto no puede ser". Solo cuando tenía las cuatro cruces podía tratar a una mujer... Y, entonces, en aquel tiempo, se veía la sífilis nerviosa, tabes, esas cosas que no se ven más...

En 1944 la penicilina entró a todo vapor, porque fue más o menos en 1939 que hicieron las primeras observaciones e incluso había poca penicilina. Se comenzaba un tratamiento y no había penicilina para continuarlo. Pero en el 44, la penicilina entró finalmente al mercado. Ahí, se usó a lo grande y no se vieron más esas infecciones puerperales. Esas cosas fueron más o menos develadas. Y paroniquias, erisipelas y aquellas cosas que nosotros veíamos, desaparecieron del mapa.

Las afecciones que más me impresionaron fueron las enfermedades venéreas. Sífilis y molestias venéreas eran las afecciones que en aquel tiempo llenaban los consultorios. Y, después, las secreciones, específicas o no, para las que hoy tenemos medicamentos. En cada sector, la medicación para cada tipo de enfermedad... hasta la profilaxis, que se hace con el Papanicolaou obligatorio, es una gran cosa. Ya se puede hablar de cura del cáncer en estadio uno, estadio dos. Antiguamente, solo se agarraba en estadio cuatro.

No todas las infecciones se trataban del mismo modo con la penicilina. Dependía mucho. Hubo un poco de abuso, pero fue heroica... Fue un medicamento heroico.

Cuando entró, se difundió rápidamente. Primero, era esa que se daba cada tres horas. A veces tenía enfermos a los que atendía en su casa —porque la clínica se hacía a domicilio—, iba a darle la inyección y, después de tres horas, volvía para darle otra inyección y después otra más, porque el farmacéutico no quería hacerlo, y nosotros, que éramos médicos de vocación... queríamos ver bien a nuestro paciente. Entonces, íbamos. La penicilina resolvió gran parte de las infecciones ginecológicas. En los abortos provocados, fue de gran valor. Y eso, hasta cierto punto, allá en el ambulatorio de la Cruz Azul, cambió mucho el perfil de los enfermos. Comenzaron a aparecer las afecciones de malformaciones, los tumores y esas afecciones diferentes. Vino la era de los tumores, la era de tener más de esas disfunciones hormonales...

⁵El análisis de sífilis, cuyo resultado muestra de 1 a 4 cruces, es mencionado por la entrevistada como el más alto grado de infección.

Yo misma tuve una paciente, muchos años atrás... Era una mujer que tuvo su primer hijo por cesárea. Ella tenía 46 años, el marido tenía 60, y ella había ido a mi consultorio porque estaba en la menopausia. Y, cuando la examiné, le dije: "Usted está embarazada". Ella dijo: "No puede ser, porque durante toda mi vida traté y nunca tuve hijos". Le dije: "Bueno, espere, y él va a comenzar a moverse. Usted está embarazada". Y esa paciente, posteriormente, cuando hicimos la cesárea, ella tuvo... cuando aún no teníamos los antibióticos ni siquiera las sulfas, los cuadros abdominales posteriores a todo tipo de intervenciones eran parálisis intestinales, era un cuadro muy mórbido, en el posoperatorio. Entonces, llegaron las sulfas, el anaseptil peritoneal, y el anaseptil líquido. Ella se operó y le dieron el alta. En aquel tiempo, el alta no era así, irse dos días después de la operación, no. Se esperaban seis, siete días. Y recuerdo que yo era interna en el hospital y tuve la osadía... cuando fui a darle el alta, pasé y vi a otra mujer que tenía el sueño de la enfermedad meningea: "¡Dios mío! ¿A esta mujer le dieron el alta?!" Entré, le puse el termómetro y tenía 40° de temperatura. Me senté en la cama, agarré una aguja y puncé el raquis: salió líquido opalescente, e inmediatamente le inyecté dos ampollas de anaseptil —que nunca había usado— dentro de la vena. Los dedos de ella se pusieron oscuros, ¿sabes? Ella tuvo una reacción tremenda. Pero ya había sacado líquido para analizar y dio meningitis neumocócica. Porque ella había tenido una neumonía. Y esa mujer se puso bien. Y el profesor Meira⁶, cuando vio el resultado, dijo: "Nunca vi que alguien se recuperara de meningitis neumocócica." Fue la primera vez que usé anaseptil... y lo usé por vía intrarraquídea. Esas son las cosas que hacíamos... todo tenía que ser rápido. Porque, por ejemplo, la operación no podía demorar, porque no teníamos una anestesia que diera una... alguna seguridad. Era una cosa... Los recursos que existen hoy son una belleza. El personal trabaja horas, calmo, sereno...

En esa época, yo acompañaba a esas mujeres en el ambulatorio y después, si era necesario operarlas, yo las operaba. Yo era asistente del servicio y operaba con el jefe o a veces, sola. Cuando comencé, la gente decía: "¿Te vas a tratar con una mujer?! Hum..." Y la paciente decía: "Pero mirá que ella opera. ¡Yo la vi! Me voy a atender con ella porque ella opera". El hecho de que yo operara era una cosa que les gustaba a las personas. Es decir, era importante operar. La gente decía: "¿Te atendés con la médica?!". "Sí... ¿pero ella opera?". "Ella, entonces, es educada, ella asiste el parto, ella hace cesárea..." Eso daba prestigio, así... es decir que se trabajaba como un hombre trabaja. Porque la idea de cirugía era la de un hombre trabajando. De manera que, después, se entraba en la familia con..., los hombres que eran más celosos, porque hoy las cosas son diferentes... De manera que me tocó esa época buena en que las mujeres eran examinadas por otra mujer... Y a la familia también le parecía bien. Recuerdo que una vez fui a atender a un enfermo de una familia importante. Era una casa muy linda, muy grande, y entré y —sabés cómo es— teníamos aquella postura de médico de otrora: me vestía de forma reservada... En aquel tiempo, toda la familia se quedaba en la sala de visitas para esperar al doctor que llegaba. Llegué y dije: "Buenas noches". Y fui entrando... Pero no le tendí la mano, porque no le tendía la mano a nadie. No es por nada... es que hay personas que les gusta sujetarme la manito... Yo entré, y examiné al enfermo. Después el hombre se paró y me miró y, naturalmente, como jefe de la casa, se ofendió porque no le tendí la mano al dueño de la casa... Pero después fui médica de la familia entera durante toda mi vida profesional...

⁶João Alves Meira es profesor de Enfermedades Tropicales.

Tuve consultorio, también. El primero fue con Salles Gomes en la calle Benjamim Constant. Me gradué y fui a buscar un consultorio para atender. Y, naturalmente, no podía gastar mucho. Y Salles Gomes me dijo: “Mirá, yo tengo un consultorio ahí, si querés venir, alquilás una sala”. Entonces, me quedé con él, pero después de unos dos años mudé mi consultorio a la calle Senador Feijó, donde me quedé. Yo hacía ginecología y obstetricia, y él era el jefe de lepra, en San Pablo. Fue un gran especialista, dirigió el servicio de lepra. Pero, allá en su consultorio, yo tenía una sala donde atendía, es decir, él solo dividía el espacio, pero no tenía nada que ver con su servicio. Yo siempre trabajé sola. Siempre sola...

Algunas veces, venía algún colega nuevo que quería empezar a hacer clínica, entonces, quería alquilar por un tiempo el consultorio de al lado y se quedaba. Pero eran personas novatas que pensaban que la clínica era simple y desistían... Porque era difícil la clínica... No era fácil. Yo tenía facilidad, por ser mujer y por los hombres, los maridos que querían que las mujeres fueran atendidas por otra mujer. Y las mujeres se sentían más cómodas, también. De manera que pensé que esta especialidad servía para mí... Como médica, pensé que eso sería útil, porque una mujer sería mejor atendida por otra mujer, que entendiera más sus problemas, y ella también, con aquel tema del pudor, de vergüenza a los exámenes y todo, prefería una mujer... Quiero decir que esas personas de clase más adinerada sentían recelo de que sea una mujer. Bueno, al principio, desconfiaban, pero estaban agradecidas, por ejemplo, por la vergüenza de la enfermedad. Entonces, el pudor... Ellas fueron... un poco empujadas. Y a causa de los maridos... Las mujeres de clase más baja ya iban más a los médicos de barrio. No se trasladaban hasta la ciudad.

De manera que no tuve dificultad en hacer clínica. La clínica fue yendo, de a poco. Incluso con Salles Gomes, los pacientes fueron llegando. Y, cuando me mudé de consultorio, me acompañaron. Era ahí cerquita. Porque, antiguamente, los clínicos estaban en el centro de la ciudad, en la calle Conselheiro Crispiniano, Senador Feijó, en esa zona. Después, naturalmente, esa zona quedó relegada, y los consultorios fueron hacia otro lugar. En ese entonces, los médicos iban para el centro de la ciudad. Algunos iban al barrio, también. Pocos. Algunos hacían clínica en el barrio. Se trataba de personas que tal vez no podían tener el consultorio y hacían clínica en el barrio, porque la clínica de barrio era una clínica de todo... Ahora, en el centro, no. Eran solo médicos especializados. Ahí, en el centro, estaba Rubião Meira⁷, tenía cuatro o cinco profesores, todos allí. Porque era una zona médica, que después se fue degradando...

En cuanto me gradué, armé el consultorio. Y, en cuanto me gradué, me compré también un automóvil. Porque me dijo: “Necesito atender mis llamados.” Porque quería trabajar... Entonces, me compré un Chrysler 28. En aquel tiempo, pocos andaban en automóvil. Entonces, decían: “¡Mirá el auto de la doctora!” Siempre tuvo partes pintorescas... Y a mí me gustaba manejar, porque, en un servicio, por ejemplo, iba a la noche, de madrugada, a cualquier lugar, nunca tuve miedo. Nunca tuve miedo a la ida. Pero, cuando regresaba, a veces me decía: “Que coraje, Emilia, meterte en esa matorral, en la Parada Inglesa. ¡Dios mío!” A veces, le decía al fulano: “Mire, ahora necesita comprar estos remedios para su señora. Usted los va a buscar”. Y él decía: “Voy a buscarlos mañana a la farmacia”. Yo le respondía: “No, usted va ahora, porque tiene que tomarlos ya”. Eso era para que él fuera conmigo hasta el punto donde yo tenía

⁷Domingos Rubião Alves Meira es padre de João Alves Meira (ya mencionado) y profesor de Clínica Médica.

miedo de volver. Porque, en el momento, ante la voluntad de ser útil y hacer algo, no se piensa. Entonces, iba allá a la Parada Inglesa, a Chora Menino, 50 años atrás, para estos lugares que ni hoy uno tiene coraje de ir... Y yo iba siempre contenta.

En aquella época, el médico ganaba poco, pero no funcionaba mucho por la ganancia. El médico era siempre igual, aunque el cliente pagara o no pagara, ¿sabés? Porque... tal vez las necesidades económicas de aquel tiempo se satisfacían con poco. Y un médico no necesitaba el estatus alto que hoy desean tener ante la sociedad, pero que no lo tienen ante la comunidad. Porque cuando yo iba a ver a un paciente, ellos tenían consideración, me trataban con una deferencia que, hoy, no tienen más. Hoy el paciente va a atenderse con cualquier médico, y el médico gana su dinero como cualquier... cualquier trabajador. ¡Es un asalariado! De manera que eso..., cuando el médico trabaja por la sociedad como asalariado... Antes, se decía “los honorarios”; hoy, “yo pago”. Esa relación del médico con el paciente se hizo más fría, más impersonal. De manera que se comercializó, y también lo que representa la vida del paciente. Está comercializada, tal como está. Porque todo se transformó. Hay hospitales, por ejemplo, que si bien el aborto no está permitido, asisten abortos provocados, y listo, se terminó. Eso es... está prohibido por ley... De manera que es comercio. En la sala de operaciones, el médico corta y recorta y eso y sigue. Entonces, se fue perdiendo de a poco esa característica del médico...

Para los médicos, me gustaría entonces dejar registrado, que el médico sea más médico. Que piense que cada enfermo podría ser un familiar suyo consultando a “su” médico. También quería que quede registrado que es necesario enaltecer al médico de la medicina preventiva, al médico sanitarista, porque es la medicina del mañana. Porque se ve la viruela erradicada, la poliomielitis... ¡Qué maravilla! Quiero que en mi testimonio conste un himno al sanitarista.

En síntesis, dejo registrado este mensaje a los profesionales de hoy: primero, que el médico, al atender un paciente, tenga presente a un ser querido. Solo así resurgirá la figura venerable del médico de otrora. Segundo, el clínico es un gran médico, poco valorado actualmente. Es el primer especialista que el paciente consulta. Tercero: énfasis al médico de salud pública, que tanto da a la medicina de hoy y del mañana. Cuarto: el médico es algo más que un asalariado, porque trata con el material más noble: el ser humano.

Doctor Nelson

Nací en San Pablo, en 1912, precisamente en el barrio del Bom Retiro⁸, en la calle Newton Prado, que antiguamente era la calle Capitão Matarazzo, cerca de la sinagoga. Tengo, entonces, prácticamente 75 años.

Hice la escuela primaria en el Grupo Escolar Marechal Deodoro, después fui al instituto que había en la calle José Paulino, Instituto Alexandre Manzoni, e hice el secundario en el Colegio Nuestra Señora del Carmo. Mis padres eran muy católicos.

Después, yo quise estudiar Derecho. ¡Debí haber estudiado Derecho! Perdí dos años estudiando Derecho y, al final, resolví hacer Medicina. Entonces, dejé mi carrera de Derecho.

⁸Como el Brás, Bom Retiro fue un distrito de inmigrantes y un barrio de obreros, en el que se establecieron también los italianos, los judíos y los griegos. Allí se desarrolló la industria textil y un gran comercio. Hoy es el distrito de inmigrantes bolivianos, coreanos y chinos.

En mi tiempo de estudiante, en el hospital-escuela, me gustaba mucho la clínica médica. Trabajé en la sala de internación del Celestino Bourroul, trabajé en la sala del Pires de Campos y trabajé en la sala del Antonio de Almeida Prado, con el Rubião Meira y todo ese grupo⁹. Eso, trabajando en el servicio sanitario. Entré a través de un amigo, que era uno de los directores. Además, un gran sujeto. Ya falleció. Era médico también, pero sanitarista.

Bueno, comencé mi vida profesional cuando abrí mi consultorio en la calle Teodoro Sampaio que, en aquellos tiempos, estaba en el número 1911. Después, cerró y yo me fui a la ciudad. Entonces, fui a trabajar a la calle Libero Badaró, junto con Luis Vector Amêndola, que hacía proctología. Pero yo seguí haciendo siempre clínica. Vector Amêndola después cerró el consultorio, entonces, yo también me fui, a la Praça da Sé 54. Y continué siempre como clínico. Después de Praça da Sé, resolví volver al barrio, y ahí vine para acá, a Teodoro Sampaio. No en este consultorio, era más abajo, a la altura de mil y poco. Y la clínica fue siempre así: desparramada... Y yo siempre seguí en el servicio sanitario. Después, vine para acá, compré este departamentito y me quedé aquí. Y la cosa fue empeorando día a día.

Nosotros, los médicos clínicos —y creo que también los especialistas—, no estamos muy bien, porque existen estos convenios que nos están complicando. No solo el INPS [Instituto Nacional de Previsión Social], sino también esos convenios donde ganamos una miseria, prácticamente una miseria. Uno está obligado a hacer ese tipo de clínica: ellos nos exigen, a veces, recetar remedios que ellos compran allá y ponen allá; exigen que pidamos exámenes de laboratorio. No tenés la menor libertad de acción. Mi impresión es que la medicina dejó de ser liberal. Y otra cosa: ¡la ingratitud! ¡Viste cómo es! Principalmente, la parte de la ingratitud. Los clientes, naturalmente los más viejos, todos ellos están ahí, en esos convenios.

Es decir, creo que la clínica daría más, si tuviera más tiempo para quedarme en el consultorio o estar disponible... Tal vez eso. Yo me quedaba en el consultorio a la tarde y trabajaba por la mañana en el centro de salud, en Santana, y, después, en el centro de salud de Santa Cecilia. Entonces... pero ese es el tema [...] yo creía que debía dedicarme más. Hoy en día, pienso que debería, tal vez, haberme arriesgado a ser un "francotirador", porque en aquel tiempo aún se podía hacer algo. Ser libre, quedarse solo con el consultorio, sin interrupciones. Trabajar por cuenta propia en el consultorio. Quedarse ahí el día entero, en el consultorio o visitar... una sala, a mí me gustaba la clínica. Ir para allá, palpar, percutir, ver casos nuevos, discutir... Todo eso que vos conocés. Y pasar toda la tarde allá, atendiendo a la gente.

Vos sabés, hoy es necesario tener un engranaje. La clínica me entusiasmaba. No tuve dificultades para ser clínico. Tanto que, en la parte clínica, siempre me saqué notas excelentes, siempre tuve notas buenas, en los exámenes, todo. Era una cosa más dura, pero...

A causa del razonamiento, nunca me interesé por la cirugía, porque me parecía que era más mecánico. Cirugía se aprende en un instante. Es práctica: el colega abre, sutura, separa el músculo, bloquea los vasos, todo, y después hace la jugada, saca una cosa, cose... Es decir, no me parecía interesante. A mí me gustaba más razonar. Siempre me gustó razonar. Entonces, a mí me gusta... que el sujeto cuente su historia. No tengo apuro. Ya trabajé en el INPS. Era una corrida. Hacía clínica en el INPS, y a la gente le caía muy bien. La mayoría me buscaba, quería atenderse conmigo. Llegué a atender una enorme cantidad de personas por día, porque a ellos les gustaba y yo hacía buenos diagnósticos. Derivaba al cirujano... a veces, diagnósticos

⁹Todos profesores de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de la USP.

excelentes, que ellos hasta me elogiaban. “¿Cómo llegó a esa conclusión?” “Bueno, llegué razonando”. Diagnosticar no era tan difícil. Intuición, tal vez.

En un comienzo, cuando el consultorio era en mi casa, aquí, en Pinheiros, yo armé el consultorio por mi cuenta, nunca me ayudó nadie. Me quedé en la sala de adelante y la casa, la residencia, en la parte de atrás. Hacía clínica médica pura: aplicaba algunas inyecciones, hacía algunas curaciones, hacía pequeñas cirugías, algunos puntos. Y le di mi nombre a diversas farmacias de aquí de la región¹⁰. Había una que se llamaba Farmacia Mourati. Había otra aquí abajo.

No recuerdo el nombre de la farmacia, pero el farmacéutico se llamaba Ladeira Bueno. También me mandaba algunos. Les gustaba mi recetario serio. Y había otra farmacia en la calle Paes Leme, también, que me mandaba algunos clientes. Es decir, comenzó a aparecer gente. Y ahí yo no estaba mal: en ese primer consultorio pude montar un consultorio modesto. No era lujoso: tenía una camilla ginecológica, un aparato ultravioleta con el que hacía algunas aplicaciones, un esterilizador... Eso era equipamiento. Era... lo típico del clínico. Estetoscopio y medidor de presión. No tenía nada más. Descartable tenía, naturalmente, para alguna pieza... para cirugía, bisturí, una pinza... Tenía algunos materiales para pequeña cirugía. Yo hacía las pequeñas cirugías. Pero en el consultorio nunca se hizo un solo parto. Era solo clínica pura, y pequeños abscesos, y curaciones... Esas cosas. Algún masaje... en la próstata de alguien, debido a una gonocócica. Eran ese tipo de cosas. Cositas de barrio. Tenía unas varas metálicas, de diversos números, para dilatación... Hoy ya no se necesita, porque mirá, si tratás una gonorrea con ampicilina, un comprimido, dos, termina todo, ¿no es verdad? Pero, en aquel tiempo, era difícil, ¿viste? Tenía hasta un aparatito para lavado. ¡Y era doloroso! Permanganato de potasio, nitrato de plata y se hacía ese lavado. Después, inyecciones, que hoy no se usan más... Atendía a adultos, niños... clínica general. Ginecología también. Ahora, cuando el caso era más complicado, en ginecología, entonces lo mandaba ya al ginecólogo. En aquel tiempo, era Reinaldo Maciel, era de aquí del barrio, y se encargaba en casos quirúrgicos.

Cuando yo derivaba a otro colega, lo hacía con una carta: “Estimado colega: le derivó a Fulano de Tal, cuyo caso cabe justamente en su especialidad. Agradecido etc.”, sin decir el diagnóstico, para que él estudiara el caso. Podía haberme equivocado en el diagnóstico, y él, allá, actuaba como especialista. Los colegas a veces me respondían y me enviaban la información, a veces no.

Ahora, lo que yo podía hacer, lo hacía. Si yo lo podía hacer, no se lo mandaba a nadie. De mis casos —aquellos que yo resolvía—, lo que más aparecía eran adultos, hombres y mujeres. Viejos también, cosas de geriatría. En aquel tiempo, eran “personas de edad”. Casos de neurología también, muchos casos de parálisis facial, periférica, muchos... Yo hacía todo. Era... es bonito hacer clínica, por esa razón. Por eso siempre me gustó: por el razonamiento. Entonces, razonaba y con eso bastaba. Buscaba dar lo mejor. Y formulaba, si era necesario. Ahora, si todo eso fracasaba, entonces naturalmente pedía ayuda a otro colega, sin dejar que el caso se haga crónico. Es decir, tenía mucha consciencia, quiero estar al tanto. Muchos me hacen saber cómo están. Muchos vuelven. Muchos llaman por teléfono. Muchos no vuelven. Entonces, ahí está la ingratitud que mencioné. Lo que sentimos es que el ciudadano no te

¹⁰La expresión “dar el nombre a la farmacia” significa hacerse responsable de esta ante el Consejo profesional (de Farmacia).

brinda más confianza, no te da más bola. Porque, si él regresa y dice “Mire, no mejoré. Sinceramente, no mejoré, y voy a buscar un especialista. ¿A quién considera usted que debo buscar?”, yo hasta me siento satisfecho. No me ofendo. Ahora, hay clientes que vienen a buscarme desde el fin del mundo.

Al comienzo de nuestra práctica, no era así. Al comienzo, funcionaba perfecto, ¿viste? Para todos los médicos. Funcionaba muy bien, la medicina. Se necesitaba un examen de laboratorio, lo pedía, y las personas conseguían pagarlo. Antiguamente, el médico era como un sacerdote. Cuando abrías la boca, la gente te respetaba. Creía y hacía, seguía las indicaciones. Si el médico se equivocaba, el sujeto era capaz de enfermarse, empeorar, pero creía en nosotros. Hoy, no. Las personas prueban: “Ah, voy al doctor Nelson, porque Fulano me dijo que es bueno. Vamos a ver. Voy a probar una consulta con él.” Ahora, él llega aquí, prueba, y yo le digo “Bueno, te vas a hacer tal examen”. “Ah, no, ¿lo puedo hacer en tal lugar?” y ya quedás desarmado. Ya no tenés esa libertad de decir “No. Vas a sacarte la placa en tal lugar.”

Entonces, ya no es más una profesión liberal, por culpa nuestra. En mi consultorio, aquí en Pinheiros¹¹, en un inicio, los clientes que venían eran de nivel medio para abajo. Y eran aquí del barrio. A veces de Lapa, venían de Penha, de Tucuruvi, de Santana¹²... Ah, de Santana, venía mucha gente, porque trabajé en Santana, en un centro de salud. Y ahí me hice conocido, particularmente por las madres, porque les gustaba mi forma de tratar a los chicos. Pinheiros tenía mucho movimiento en aquel tiempo; ya estaba el mercado de Pinheiros, que sería hoy el mercado distrital de la municipalidad. Mi clientela eran los comerciantes, las personas que vivían aquí, en esta zona. Y, como yo hacía clínica general, por demanda, aparecía de todo. Clínica general era todo, hasta pediatría. Y también ginecología aparecía bastante. Obstetricia, ya mandaba a otro colega aquí del barrio o a otro clínico. A mí me gustaba la clínica pura, como siempre dije. Cardiología también, endocrinología... Todo era clínica pura. Y yo hacía el diagnóstico, hacía la anamnesis con el paciente, la historia previa de la molestia actual, hacía... después hacía el examen físico general, después el especial, de precisión, de aparatos y sistemas... Ahora, ¿cómo llegaba a la conclusión? De la anamnesis y del examen físico, de esas dos partes, por ejemplo, ya daba para llegar a una conclusión. Yo me apoyaba más en la anamnesis, porque, cuando... La persona, en la anamnesis, generalmente, lo manifiesta sin hacer el examen físico, ¿no es así? Naturalmente el médico tiene que escuchar bastante, tiene que extenderse un poquito. Lleva un poco de tiempo, ¿no? No puede ser rápido. No puede llegar la persona y decir “Me duele el estómago”, “ah, no, eso es úlcera o es gastritis”. No se puede. Hay que llegar a la conclusión. El examen que más pedía —parece mentira— era el análisis de heces, en general. ¿Sabés por qué? Por la clase que yo atendía. Era una clase pobre, generalmente no tenía grandes bienes... Era lo que más pedía. Y otro también que pedía bastante, pedía mucho, era el —ya estaba de moda— pedía el Wasserman. Pero yo... después pasó para la VDRL. Entonces, pedía también análisis de sangre. Porque había mucho reumatismo, muchos dolores óseos, muchos problemas de vesícula, muchas cosas... A veces había sangre contaminada con pus, porque también trabajaba con sífilis ¿no?

¹¹Barrio de la región oeste de la ciudad de San Pablo. Fue uno de los primeros barrios y, desde inicios del siglo XX, el más comercial. Se urbanizó rápidamente con áreas residenciales de clase media. Está muy cerca del barrio en el que se ubica la Facultad de Medicina de la USP y el Hospital de Clínicas.

¹²Barrios un poco más al norte de la ciudad de San Pablo, más recientes pero de características socioeconómicas similares a Pinheiros.

Desde el comienzo, yo pedía estos exámenes. También no era de manera —vamos a decir— taxativa, porque muchas personas no podían hacerse análisis, gastar dinero. Entonces, con ellos, hacía un intento. El tratamiento que usaba bastante era con medicamentos. Fórmulas preparadas —me gustaba formular—, pero, después, las farmacias... No tenían laboratorio. Yo prefería hacer fórmulas, me gustaba formular. Aquí, en Pinheiros, no había farmacias que los prepararan. La gente estaba obligada a ir a la ciudad, al Veado d'Ouro¹³. La última enferma que vino, le receté un medicamento magistral, y la mandé a que se lo preparen una farmacia de la calle Pedroso de Moraes, antes de ayer. Es decir que aún formulo. Pero hoy es más fácil. Hoy que podría formular a lo grande, la clínica decayó. Es decir, hubo un tiempo en el que yo formulaba, pero las farmacias de acá no tenían laboratorio; entonces, dejé de hacerlo. Ahora quisiera volver a formular, pero la clínica decayó. A mí me gustaba más formular porque tenía más confianza, pero había una cierta malicia también. Te voy a contar una historia.

Recetaba mucho un producto de un laboratorio suizo. Eran unas gotitas con codeína, para la tos, todo. Una vez, fui a ver a un viejito, el viejito tenía miedo de la inyección, y le receté todo por boca, incluso ese producto del laboratorio suizo. El viejito vino, lo atendí, y me fui. Pasaron unos tres días, y su hijo me llamó otra vez: “La tos de mi papá no para; tiene unos accesos muy fuertes”. Bien, volví allá, miré otra vez, repecutí, ausculté: “Tiene que continuar con esto, no puedo modificar ese remedio con codeína, tiene que seguir tomando eso y aquellos que están allá”. Pero continuaba quejándose de los accesos fuertes; entonces, necesitaba darle algo para esos accesos. Y me fui. Después, me llamó otra vez, por tercera vez. Ah, entonces perdí la paciencia. Le receté una fórmula de Diolina —lo recuerdo como si fuera hoy—, agua de laurel y cereza. “Mandala a hacer a Veado d'Ouro, en la ciudad, allá en la calle São Bento”. Fue a hacer ese preparado, ese remedio, gotitas. Comenzó a tomar y se pasaron los accesos. El sujeto vino y me dijo. Entonces, una vez más, aprendí que el laboratorio no pone las cosas que dice. Entonces, existe malicia¹⁴.

Ahora, cuánta gente me criticaba cuando no pedía un gran número de exámenes: “Ah, tenés que pedir bastantes exámenes. ¡A las personas les gusta!”. Yo iba en seguida al fondo del asunto. No pedía exámenes de heces y orina y sangre y dosaje de colesterol y no sé qué más, si te estabas quejando de un problema de estómago, de intestino. Yo era económico en los pedidos. Y mucha gente no entiende eso, mucha gente quiere hacerse análisis. El enfermo es una cosa interesante. Está el enfermo que le gusta ser tratado con amabilidad y está aquel que le gusta ser tratado con reserva, de manera que existe eso en la profesión. Es complejo, la clínica es una cosa compleja. A otros les gustaba que, cuando llegaras a sus casas, cuando ellos te llamaban y te ofrecían un café, vos tomaras el café. La mujer quería que probaras un pedazo de torta, y ya estabas obligado a comer un pedacito de torta que ella había hecho. Es decir, eso era para agradecer al médico. Y, gracias a Dios, tenía una buena cliniquita, por mi simplicidad, mi carácter abierto. Ahora, la cosa decayó, pero no por culpa de esa pobre gente, no. Yo no culpo a

¹³Referencia al centro de la ciudad de San Pablo, donde se situaba esa Farmacia muy conocida por la formulación de medicamentos.

¹⁴El entrevistado muestra desconfianza de la industria farmacéutica, la cual divulgaría algo que no se corresponde con el medicamento efectivo, al mismo tiempo que enaltece la capacidad de ser creativo e ingenioso en términos terapéuticos o en el arte médico de formular, modalidad terapéutica casi extinguida en los años 1980. Contraponen este arte más personalizado en términos de las composiciones de fármacos y también de sus dosis para un caso particular, al medicamento industrializado con sus medidas-patrón para grandes franjas poblacionales (infantiles y adultas), en la producción a escala.

esa gente. La medicina es cara. Es decir, no puedo cobrar poco aquí. A veces, ves movimiento en un consultorio y el tipo tiene convenio con tal firma, y la Light... Eletropaulo, como se dice ahora, Sabesp¹⁵... Tiene esa clínica grande, pero es por convenio, todo convenio. La clínica no es de él. Tiene una clínica, pero no es de él. Y es lo que está sucediendo conmigo. Atiendo al Banco do Brasil, solo tengo ese convenio del Banco do Brasil, que es el que paga. Y, registro aquí, el número de consultas.

A veces, internaba mis pacientes. Hacía visitas hospitalarias todo el día. Pasaba en el hospital todo el día, viendo a los enfermos, miraba todo, hablaba con la enfermera, controlaba la fiebre... miraba la curva de temperatura, excreción urinaria... Y volvía. Si estaba todo en orden, le daba el alta y lo mandaba a la casa. En la internación había muchos casos de bronconeumonía, muchos casos de bronquitis aguda, a veces casos de enfisema, casos de glomerulonefritis aguda... Pero nunca pertencí a la planta de ningún hospital, no pertencí porque no quise. Es decir, mi relación era así de liberal. Pero yo prefería atender a domicilio, mucho más a domicilio. Según el caso, naturalmente... prefería que la persona fuese bien tratada, en casa. Ahora, la propia familia a veces decía: "Ah, doctor, ¿usted no cree que es mejor llevarlo al hospital?". Y lo llevaba. Vi personas ancianas... pobrecitos los viejos. Generalmente, personas que no tienen mucha paciencia. "Ah, puede llevarlo al hospital, entonces". Es mejor porque allá lo tratan bien, controlan los horario, tienen el remedio correcto, la pastillita en la boca a la hora exacta, la colecta de orina a la hora que debe ser... Todo preciso. Me parecía que ir a domicilio era más fácil, por la movilidad, era más fácil para mí movilizarme. No todos los días. Yo decía: "Vine hace tres días, quiero ver cómo están". ¿Entendés? Ahora, había casos que... era mejor hospitalizarlos, para tomar una... hacer una extracción todos los días, a la hora correcta, en la vena; sacar un poco de sangre para hacer algún examen, para ver si bajó la glucemia... Esas cosas...

Cuando me gradué y comencé a trabajar, la clínica usaba menos la internación. Ahora, se usa más, se usa mucho más. Antiguamente, no... No estaba tanto ese asunto del hospital. La gente prefería quedarse en casa. Generalmente, en mis casos, ellos preferían quedarse en casa. Pero, actualmente, tengo la impresión de que... el hospital está atendiendo más. Es difícil responder si eso es una preferencia de los médicos o de los propios pacientes. Creo que... es más por el tratamiento, tienen más criterio, es más correcto, más intenso, de mayor responsabilidad...

Tal vez sea por eso que ellos prefieren el hospital. Yo, por ejemplo, tenía muchas llamadas a domicilio, cosa que hoy es muy rara, por los servicios de emergencias. ¡Es mejor! Porque ellos llaman por teléfono, y viene la ambulancia, y ya los atiende... El equipo es bueno. Hoy, los equipos médicos están bien formados. Porque, en mi tiempo, si el sujeto me llamaba, iba a la casa con el "esteto" y con el aparato de presión. Solo eso. Si me llaman ahora, voy con el bajador de lengua y una lámpara para ver la garganta. Y el resto es la percusión, la auscultación, y todo eso... Ahora, naturalmente, hoy la gente llama a emergencias. Ellos llegan a la casa con la ambulancia, llegan junto a un colega... ellos traen un laboratorio entero ahí adentro. Vienen con una cosa... Una parafernalia. Toman la presión, hacen electro, ecocardiografía... Hacen todo, incluso los medicamentos. Ya vienen con una batería de remedios, inyecciones de todo tipo... Es decir, es mucho más interesante eso a que llegue un simple médico, que llega a pié, porque es cerca del consultorio. En mi tiempo, frecuentábamos la casa del paciente y eras el médico de la

¹⁵Empresas de luz y agua de San Pablo.

familia... Y generalmente la persona decía: “No, usted venga a conversar, puede volver cuando quiera”. Y eso era interesante, porque teníamos una idea del enfermo, de su evolución... Pero el servicio de emergencia cambió esa relación. Yo creo que cambió. Ellos prefieren el servicio de emergencia porque llega, ya da el remedio, hace lo que sea necesario, traslada al hospital, pregunta a la familia “¿quién fue el médico que lo atendió?”. Por ejemplo, atendía un paciente, y mandaba llamar a emergencias para trasladarlo al hospital. Entonces, si yo no daba indicaciones, lo llevaban al hospital que ellos elegían. Pero yo decía: “Vayan al Hospital Samaritano, vayan al Sirio Libanés”. “Son caros”. “Vayan al Albert Einstein...”. “¡Ese también es caro!”. “Pero allá hay gente buena”. “¿Usted recomienda a alguien allá?”. “No, no es necesario recomendar a nadie, allá tienen gente muy buena, tanto clínicos, pediatras, como otorrino..., todo bien”. Es decir, no conozco quienes son los especialistas de esos hospitales. No voy a tener cómo llamar y preguntar: “Por favor, ¿quién es el otorrino al que llaman, en caso de una otitis perforada?”. No voy a tener tiempo de hacer eso, entonces, ya sé que ese hospital está bien organizado.

Si la persona pregunta: “¿usted me recomienda algún hospital?”. “Sí, le recomiendo” “¿Cuál es el mejor, en ese caso, para llevar a mi padre?”. “Para mí, creo que ‘tal’ y digo un nombre”. “¿Por qué usted piensa eso?”. “Ah, porque es un hospital que tiene cinco mil médicos —y además— un equipamiento ultramoderno”. ¡Listo! Basta decir eso, y la persona queda impresionada. Equipamiento ultramoderno. Los hospitales llaman más la atención al estar más equipados. Ahora no existe más eso de que el paciente nos llame por teléfono a casa, nos quedemos en el domicilio... Se terminó. Hoy, solo hay convenios. Ellos ya tienen sus hospitales y sus guardias. Se terminaron los clientes. Porque, hoy en día, el personal ya está más esclarecido, porque ellos piensan: “¿de qué sirve llamar a ese médico? Si llamo al doctor Nelson para que venga hasta aquí, él no es cardiólogo, él es clínico general. El problema de papá parece del corazón, porque ya tuvo un infarto... ¡Ah! ¡Vamos a llamar a la urgencia en cardiología!”. El sujeto ya parte de ese principio: “Si tengo que pagar al doctor Nelson, prefiero pagarle a la urgencia en cardiología, que ya viene con la batería de remedios y ya lo trasladan al hospital también”. ¿Entendés cómo es? Para nosotros, clínicos viejos, empeoró mucho, y para un médico que sale ahora de la facultad, va a ser lo mismo o hacés una especialidad y te quedás solo, solo haciendo eso y...

Soy clínico general, siempre fui clínico general. Ahora, todo se basa en la especialidad. No se puede ser solo clínico. Hay que hacer una especialidad si pretendés vivir de la medicina. Y, en esa especialidad, si podés, tenés que agarrar un hospital. Y te quedás ahí en el hospital, como médico de planta. En nuestro tiempo, no era así. A no ser uno u otro que se hacía especialista, la mayoría era clínico, salían todos clínicos.

Doctor Carlos

Nací aquí, en la capital de San Pablo, en el centro de la ciudad, donde hoy es el comienzo de la avenida 23 de Maio, en la calle Asdrúbal do Nascimento, que está al comienzo de la avenida 23 de Maio. Nací el 19 de junio de 1927. Era hijo de una familia simple, mi padre era autodidacta, interesado en la lectura, le gustaba mucho estudiar, pero él solo había hecho —en el antiguo colegio del Estado— hasta el 1° o 2° año de secundaria de aquella época. Ahí, él dejó y se fue a trabajar, para sostener a los padres. Y yo viví siempre en esa zona del centro de la ciudad, porque mi padre trabajaba en la ciudad. En aquella época, era fácil.

Cuando finalicé la escuela primaria —tenía diez, once años y, en esa época, había mucha preocupación por la salud (porque mucho estudio perjudicaba)—, mis padres decidieron que, en vez de ir directo al secundario, debía hacer un año de admisión. Después, comencé el secundario y fui al Colegio Anglo-Latino durante 1945, 1946 y 1947. Hice la colegiatura ahí. Los profesores eran alumnos de la Poli¹⁶, Medicina, Química, otros eran estudiantes de la Facultad de Filosofía de la USP. Y mi profesor de Biología fue un médico que se formó en la USP en 1940. Entonces, ahí decidí que iba a hacer Medicina.

En aquel entonces, no había otra orientación. Se elegía casi a ojo, vamos a decir así. Tengo la impresión de que fue influencia de mi padre. Nosotros conocíamos abogados y políticos, porque ellos frecuentaban mucho la empresa de mi padre, que era muy importante. Y también médicos. Conocí varios. Uno de ellos falleció en 1941: el doctor Nacarato. Tengo la impresión de que ese hombre nunca le cobró una consulta a nadie. Él era amigo de todo el mundo. Entonces, el que necesitaba, iba a buscar al doctor Nacarato. Y él estaba siempre a las órdenes. Yo recuerdo, por ejemplo, que en 1940, hice una tontería... recuerdo bien que caí con el brazo izquierdo por detrás del cuerpo y me fracturé el tercio superior del húmero. Entonces, fui para casa, todo dolorido, y terminamos en ese doctor Nacarato y, por recomendación de él, con una cartita, fuimos a sacar una radiografía. Fue en la calle Xavier de Toledo, en un aparato modernísimo, un médico italiano, doctor Vicentova. No pagamos nada, ni a él, ni la radiografía, porque fue a pedido del otro. De allí, me llevaron para el Hospital Matarazzo —que en esa época era Umberto Prim— y allá otro médico me inmovilizó. Y él era amigo de mi padre. Mi padre le mandaba cigarrillos, porque la empresa los fabricaba... Mi padre trabajaba en la fábrica de cigarrillos Sudan, que era la mayor fábrica brasileña de cigarrillos. Ya existía, en esa época, la Souza Cruz, que era extranjera, y la Sudan era la mayor fábrica nacional que existía. Entonces, mi padre le mandaba cigarrillos, así, de regalo y, cuando necesitaba, él atendía a mi abuelo, otro día atendía no sé a quién, y así en adelante. Entonces, yo tenía ese espíritu... Y otros médicos también... pero no creo que hayan influido en mi decisión de estudiar Medicina.

Es verdad que los médicos, en esa época, eran personas, así, ilustres. Muy considerados. La consulta se hacía de la siguiente manera. Era raro que las personas tuvieran auto, incluso entre los médicos. Entonces, cuando llamaban al médico, él iba a atender a domicilio, el famoso llamado a domicilio, que hoy todo el mundo desprecia. Iba en taxi. El taxi lo esperaba, y por más increíble que parezca, la familia, además de... de servirle cosas, le pagaban la consulta en el momento y, además, el jefe de familia o alguien, iba hasta el taxista y le pagaba el viaje de ida y vuelta. Entonces, el médico era una persona santificada, muy especial. Todos. Eran personas que tenían una influencia importantísima. Algunos eran consejeros de la familia... la gente iba al consultorio a pedirle opinión para tomar decisiones, hasta sobre el casamiento de los hijos. El médico tenía una influencia muy grande, más que las otras profesiones, es innegable.

Nosotros estábamos en otro mundo. Todo era diferente. Impresionante. No es posible imaginarse lo que era la vida en aquella época. Era simple, tranquila, la ciudad era pequeña, todo muy limitado... Tengo la impresión de que incluso las complicaciones eran mucho menores. Mirá: había un único... servicio de urgencias en San Pablo: el municipal, que era atención pública, y un servicio de emergencias particular, que era el famoso 7-7777. Pertenecía a un médico que había sido amigo de mi padre también, remero de un club deportivo que existió

¹⁶Escuela de Ingeniería Politécnica de la Universidad de San Pablo (USP).

hasta hace poco tiempo, allá en la vera del río Tietê, que se llamaba Asociación Atlética de San Pablo. Su nombre era doctor Mário Tobrini Costa. Falleció hace poco tiempo. Era un gran cirujano y siempre fue muy mal considerado en el medio más elevado, más académico.

Ese doctor Mário Tobrini Costa tuvo la brillante idea de crear el primer servicio de emergencias particular de San Pablo. Se llamaba Centro de Emergencias Santa Inês. Pero como él era un sujeto muy atrevido, hacía cosas que, en aquel ambiente medio provinciano, caían pésimo. Porque las personas eran muy conservadoras. La moral era muy diferente a lo que es hoy. Muy diferente. Porque él hacía publicidad hasta en la radio, y eso era un escándalo. Sonaba una sirena y ahí venía el anuncio: “¡7-7777! Centro de Emergencias Santa Inês”. Él hacía una propaganda grandilocuente. Imaginate que su madre se encargaba de la recepción del centro de emergencias. Y eso en 1940.

Cuando comencé la carrera de Medicina, en nuestro grupo se hizo una modificación célebre, una reforma. Entonces, el curso de Anatomía, que duraba dos años, pasó a darse a tiempo integral, en un año. Nosotros teníamos Anatomía desde las 7:00 hs de la mañana a las 10:00 hs de la noche, todo el día, hasta el sábado. Anatomía era muy rigurosa, era una verdadera selección. Teníamos clases hasta mediados de junio y, en a fines de junio, había una prueba parcial. Bueno, para hacer esa prueba, para poder entrar al examen escrito, teníamos que tener un seis en la parte práctica. Anatomía era célebre en ese sentido. Hice un examen considerado brillante. Me saqué diez en el práctico y diez en el oral. Después, terminé frecuentando el laboratorio de anatomía —justo después de las fiestas de navidad— y quedé como monitor de la materia. A fines de segundo año, hubo una especie de purga... Despidieron a todos. Echaron a todo el mundo. Yo conseguí una vacante en el laboratorio central del hospital, que atendía a todos, tanto a los indigentes —es decir, en las salas de internación— como a los jubilados. Entonces, comencé a aprender a extraer sangre...

En aquella época, se hacía el recuento de glóbulos pinchando la punta del dedo, se recolectaba con la pipeta, se preparaban las diluciones, y se ponía en el microscopio... una habilidad, un aprendizaje que solo se conseguía con el tiempo. Se hacían una serie de burradas también, hasta aprender. De a poco, me fui transformando en un especialista en realización de pruebas de función renal, función hepática, estandarizaba, hacía nuevas técnicas. Recuerdo, por ejemplo, que fui uno de los primeros en Brasil en hacer volumen de sangre circulante, con colorante azul de Evans, T-1824. Trabajaba en contacto con el laboratorio de hemodinámica de propedéutica clínica y aprovechaba los cateterismos intracardiacos que se estaban comenzando a hacer en aquella época —yo ayudaba con eso también— y aprovechaba, punzaba la arteria femoral del paciente con una aguja especial, inyectaba el contraste, después recolectaba la muestra arterial y la medía en el fotolorímetro. En aquel momento, el más sofisticado era el Coleman Junior, que hoy es una pieza de museo.

En cuarto año, cursábamos Propedéutica Clínica. Nueva reforma. El profesor Jairo Ramos¹⁷ consiguió, experimentalmente, del Ministerio de Educación, la licencia, la orden para inaugurar el primer departamento en una escuela de medicina de Brasil: el Departamento de Clínica Médica. Y, ahí, entraban propedéutica, gastroenterología, hematología, neumología, cardiología, endocrinología, metabolismo y nutrición.

¹⁷Jairo Ramos era profesor de Clínica Médica de la Escuela Paulista de Medicina y hoy forma parte de la Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Bueno, la sala de internación era rigurosísima. El profesor iba allá todos los días, y los asistentes le tenían pánico. Nosotros, a otra escala, también. Por ejemplo: se internaba un enfermo a la hora que fuese, y teníamos 24 horas de plazo para hacer el examen completo, una anamnesis completísima, con examen físico, que era corregido por el asistente. Recuerdo que un domingo yo estaba en quinto año, estaba en la sala, un domingo a la mañana, sol bonito, día espectacular... El viernes a la noche, el sábado a la mañana, había entrado un paciente nuevo, y yo estaba haciendo la evolución y el profesor entró. Era una figura imponente, alta, muy elegantemente vestido. Entró, agarró la papeleta y vio que no estaba lista. Y preguntó quién era el asistente. Ese asistente se había ido a Santos, a pasar un fin de semana allá. Tomó el ómnibus de la Cometa, en aquella época, ni auto teníamos. El profesor lo mandó a buscar, y se quedó sentado esperando a que volviera de Santos para hacer la anamnesis del paciente, que no había sido hecha. Era de ese rigor terrible. Se peleaba con todo el mundo. En su sala se aprendía violentamente. Se aprendía mucho...

Cuando estaba en quinto año, comencé a destacarme en internación clínica y, sin falsa modestia, era de los mejores. Y uno de los asistentes, que hoy es profesor en Campinas —el profesor Silvio dos Santos Carvalhal, en mi opinión, uno de los mejores médicos clínicos de propedéutica de San Pablo—, me invitó a trabajar con él, cuando estaba en sexto año. Bueno, yo hacía lo máximo que podía para no ser desaprobado por faltas. En las clases que había tomaban el presente, me quedaba. Por ejemplo, tratamiento clínico, en quinto año. Las clases teóricas no eran de asistencia obligatoria. De las clases prácticas..., asistía a una que otra, para que constara el presente. Nos obligaban a hacer una guardia nocturna, durante un mes, en el primer semestre y en el segundo semestre, en el predio donde funcionó la Academia de Medicina de San Pablo.

Además, había un conflicto muy serio, porque el tratamiento clínico era clínica también. Ellos daban clases de clínica... Mi profesor fue un señor que —si no me engaño falleció hace poco tiempo— ejerció la profesión hasta casi los 90 años... incluso es autor de libros... Él era un especialista en gastroenterología y dietética. Había un conflicto muy serio, porque nosotros ya habíamos aprendido un montón de cosas —incluso en la práctica— en tercero y en cuarto año, y en Terapéutica Clínica que estaba en quinto año. Entonces, nosotros ya entrábamos a quinto año no solo con formación en propedéutica, sino de clínica médica, incluso de tratamiento. Ya había recetado, ya había hecho un montón de cosas.

El profesor enseñaba el arte de formular y, para nosotros, eso no nos entraba en la cabeza... hacer una fórmula. Porque ya habíamos recetado diuréticos, digitálicos, remedios para la úlcera... y él venía con la recetita, no sé de qué, tanto por ciento no sé de qué... Es decir, era todo... era el arte de formular. Entonces, él nos tuvo meses con eso, y había ciertos conflictos...

Hubo una época en la medicina, aquí, que todos formulaban. Todos formulaban. Me acuerdo de farmacias pequeñas, cerca de mi casa... Cuando era niño, allá en Bela Vista¹⁸, había incluso una farmacia llamada Ribeiro, que quedaba entre el viaducto Major Quedinho y el hoy viaducto Maria Paula, en frente a ese flat-service enorme que se está construyendo ahí. Una casita bajita, todas las casas iguales, como si fuera una puerta de mercería... farmacia Ribeiro. Recuerdo que iba allá a comprar los remedios que el médico le había recetado a mi abuelo: cápsulas, líquidos, jarabes... todo eran fórmulas.

¹⁸Barrio de San Pablo que junto al Brás, Bom Retiro y Mooca forman parte de la historia de la inmigración italiana en Brasil.

De a poco se fueron infiltrando los medicamentos industrializados. Cuando me gradué, nosotros ya teníamos prácticamente todo hecho. Claro que ni comparación con lo que se hace hoy, porque... Por ejemplo, diurético, solo para recordar la importancia del diurético. Yo soy de la época del diurético mercurial. Era inyectado. El diurético oral apareció en 1955 y comenzó a usarse en hipertensión arterial y, después, se descubrió que tenía un efecto extraordinario en la insuficiencia cardíaca o en cualquier tipo de edema, y pasó a ser aplicado también...

*Los profesores exigían mucho cuidado en el uso de los medicamentos. Tenían mucho miedo de los medicamentos. Me acuerdo de un médico medio bohemio, que se formó unos cuatro años antes que yo, que era de nuestro grupo. Decía que recetaba siempre de más, porque él no creía en lo que el laboratorio prescribía. Entonces, daba siempre más. Tendrías que ver el espanto que se sentía en el ambiente cuando él decía una cosa de esas. En esa época, yo trabajaba en el servicio ambulatorio de la Facultad. Quedaba en el edificio de al lado, arriba estaba el Centro Académico y, abajo, estaba la sala del ambulatorio. Muy modesto. En ese lugar, tenías las distintas clínicas y, entonces, se usaba lo novedoso: "Mirá, llegó un remedio nuevo así, así, así, así..." La *Rauwolfia*, por ejemplo, para hipertensión arterial. Me acuerdo que comencé a usarlo y quedé estupefacto al ver que la mayoría de los enfermos tenía un sueño terrible. Se dormían con las dosis que nosotros les dábamos. Fue necesario aprender a utilizar ese medicamento. Pero nosotros los usábamos conscientes y creyendo que eran necesarios, que eran útiles. Después, vimos que muchas cosas... no servían.*

En consultorio, comencé con el doctor Silvio Carvalhal. Él era de familia importante: los Carvalhais, aquellos que le dieron nombre a la calle. El padre, Tomás Carvalhal, había sido un político del Partido Republicano Paulista, el PRP. Y el suegro —era correligionario— vivía en la avenida Paulista, donde es hoy el Center-3, que se prendió fuego. Entonces, él se mudó a un caserón enorme, alto, de dos pisos. Y Silvio Carvalhal mudó su consultorio para allá, y yo fui con él. Su padre era muy amigo de Roberto Simonsen. Era médico de su empresa, Cerámica San Caetano. Iba tres veces por semana y se quedaba allá unas horas. Salía derecho del Hospital San Paulo y se iba a San Caetano¹⁹. Él tenía un Volkswagen, un escarabajo alemán. En aquel entonces, pocos tenían auto. Yo agarraba mi maletín, tomaba el colectivo Avenida 3, bajaba en la puerta del consultorio, entraba y atendía a los enfermos que estaban ahí, todos con turno. Los examinaba por completo, armaba la historia, tal y tal, y los dejaba. Cuando él llegaba, releía la historia, la ampliaba, corregía algo, los reexaminaba, y yo ahí, mirando. Él recetaba, y yo escuchaba las indicaciones que él daba. Gané mucha experiencia. Entonces, pasé a recibir el 20% de lo que él cobraba. La clínica era pequeña, porque él no le interesaba mucho...

Fue cuando crearon un centro de emergencias en la Escuela, con una guardia de 24 horas de laboratorio clínico. Algunos terminamos como médicos de planta de la guardia. Mejoré mucho mi vida porque pasé a ganar, en aquella época, 4.300 por mes. Éramos siete, para los siete días de la semana. Resolvimos armar también centro de emergencias, y fundamos el primer centro de emergencias de cardiología y laboratorio clínico de San Pablo. Nosotros siete. Pusimos 70 mil cruzados cada uno y alcanzó para crear un centro de emergencias con ambulancia y rayos X. Y fue el primer centro de emergencias especializado. Ya existían aquí en San Pablo algunos centros de emergencias generales y, en la avenida Angélica, aún existe

¹⁹Se trata de una municipalidad que integra la región metropolitana de San Pablo en la que se ubicaba la empresa de cerámica mencionada.

el Centro de Emergencias Infantil Angélica, que fue la segunda guardia infantil de la ciudad. Había otro, de un profesor llamado Nelson Gomes de Matos, en la plaza Oswaldo Cruz, él tenía un centro de emergencias infantil allí, más o menos en 1949, 1948, por ahí.

Nuestro centro iba viento en popa. Atendíamos a personas importantísimas de San Pablo. Desde la clínica del profesor Jairo Ramos, a la que iba gente de todos lados, nos llamaban a nosotros para atender. Nos quedamos cinco años en ese centro de emergencias. Largué la clínica del doctor Silvio Carvalhal y hacía una o dos guardias de 24 horas en el centro de emergencias. Nos quedamos ahí desde 1955 a 1960, cuando seguimos adelante, porque, como toda sociedad médica es horrorosa, no funciona. Terminamos vendiendo la sociedad a un médico goiano, que después pasó el centro de emergencias a un equipo que continúa allá, en la avenida Brigadeiro Luiz Antonio. Es ese centro de emergencias blanco, enorme, la Unidad Respiratoria Cardiológica de San Pablo. Pero en un comienzo no era solo cardiología, y ahí está.

La idea era hacer patología... nosotros teníamos laboratorio de emergencia. Fue el primero laboratorio que atendía las 24 horas del día. Porque, como teníamos personal de planta, y había técnicos de laboratorio, nosotros resolvíamos todos los problemas. Se atendía cardiología, se atendía clínica... todo. No hacíamos cirugías ni internaciones. Solo atendíamos a domicilio. Se iba a la casa del paciente, se examinaba y se preguntaba a la persona.... Algunas veces, nosotros ya sabíamos que el doctor fulano de tal nos había recomendado. Entonces, inmediatamente, se entraba en contacto con él: "Mire, su paciente tiene eso, eso, eso y eso. ¿Qué es lo que usted quiere que hagamos? Nosotros ya hicimos eso. ¿Usted quiere que se quede aquí, quiere que lo traslademos?, ¿usted quiere venir hasta aquí?...". Eso solo en domicilio. Nosotros tratábamos un infartado, por ejemplo, en el domicilio. Porque, como nosotros teníamos siete personas de guardia, hacíamos una ficha completa, con toda la documentación, y se hacía un seguimiento diario del paciente. Cada uno iba allá, lo examinaba, tal, tal... Nosotros teníamos una integración que era muy buena, y todos los pacientes era muy bien atendidos.

Cuando atendíamos, llevábamos un maletín enorme, que tenía de todo adentro. Nosotros llevábamos oxígeno, el electrocardiógrafo y atendíamos en el domicilio y ahí se resolvía el problema. Ahora, era muy cansador. Nosotros teníamos muchos pacientes. Era una responsabilidad muy grande. Y estabas solo. Tenías que resolver. A mí me encantaba. Me encantaba porque era mi característica. Como yo no paro, entonces, para mí, era... y yo cubría muchos frentes, para mí, era mucho. Pero el trabajo no rindió. No rindió porque éramos todos cientistas..., tenemos la cabeza en la luna, no teníamos... no teníamos experiencia comercial. Entonces, la plata se iba al diablo, no recibíamos, era necesario mandar a cobrar... Era brutal. Después de cinco años de trabajo, cuando me fui, contabilizando todo, me compré..., conseguí recibir, en partes, lo suficiente para comprarme un Renault Dauphine. Ni un Volks me pude comprar, porque el Volks era difícil, en aquella época era más caro, y, como el Dauphine había salido hacia poco...

Fue el primer auto que tuve. Ya estaba casado. Ya tenía una hija —que hoy es doctora— y... vivía en una casita de alquiler y no tenía nada, después de cinco años de actividad. Tengo certeza absoluta —y eso les decía a mis compañeros— que nosotros teníamos ahí un filón, que podía expandir a un pequeño hospital. Pero ni bien la sociedad comenzó a estabilizarse, uno de ellos se fue a EE.UU., el otro se fue a Ribeirão Preto²⁰, a otro ya lo estaban contactando para

²⁰Ciudad del interior del estado de San Pablo, en la zona rural paulista, gran productora de caña de azúcar.

irse también, a otra beca... Entonces, me fui desalentando. Y dije: “Dentro de poco voy a quedarme solo aquí. Entonces, ¡voy a trabajar solo para mí!”. Eso fue lo que decidí.

En mayo de 1960, armé mi consultorio, en la calle Cincinato Braga 102. Era una casa vieja. Entré y me encontré con una serie de compañeros. Y recuerdo que llegué y dije: “¿Será que no hay una vacante por ahí? Yo necesitaba armar mi consultorio...” Era un sótano alto, bien arregladito, había una sala de espera común con mis compañeros —con otro médico que estaba adelante— y era una sala grande dividida en dos. Tenía la sala de consulta y la sala de espera. Instalé ahí mis cosas y no tuve problemas, porque el horario coincidió... porque tuve que conseguir otro empleo para sustentarme, porque aún no tenía pacientes. Tenía una serie de compañeros que estaban pidiendo un puesto en el IAPI²¹, como perito del servicio de medicina forense. Y yo le dije...”Mirá, yo también estoy interesado”. “Mirá, ellos están reclusando una gran cantidad de gente allá, y tal...” “¡Qué bien!”. Entonces uno de ellos conversó con el jefe y me dijo: “Andá allá a Várzea del Carmo, a ese conjunto de edificios del IAPI, cerca de la Mesbla...” Estuve 30 días a prueba y al final, me tomaron, me mandaron a trabajar al segundo turno —habían dos turnos de actividad—, en el IAPI, allá abajo, en el Tatuapé²². En esa época, yo no tenía... —dejame ver, fue en febrero de 1961— no tenía pericia médica y me tiraron en el segundo turno; comenzaba, en realidad, a las 15:00 hs, e iba hasta las 18:00 hs, en el Tatuapé. Es un viaje. Y me quedé ahí. Y llegaba al consultorio a las 5:30, 6:00 hs. Por suerte, no tenía pacientes... tenía uno que otro clientecito... raro... fue comenzando de a poco.

A partir del segundo año, el consultorio comenzó un ascenso lento de mejoría, y me acuerdo que tenía muchos clientes... había muchos llamados a domicilio. Mi hija era pequeña; iba conmigo el fin de semana. Yo iba a examinar a un montón de enfermos. Aún hoy existen personas que llaman por teléfono a mi casa y le preguntan a mi mujer... “Y Glorita, ¿cómo está?”. “¿Pero, cómo?, ¿cómo es que usted sabe?”. “Ah, cuando ella era pequeña, iba a casa y tal...” Es decir, que tenía ese aspecto... Sábado, tenía que atender cinco, seis, siete, ocho enfermos a domicilio. Hoy, un llamado de un enfermo a domicilio es una rareza.

Mi práctica clínica fue aumentando lentamente, progresivamente... Nunca hice propaganda, nunca puse en el diario ni en una revista. Fue creciendo, seguramente, por transmisión de alguien que atendí, que le gustó y me recomendó... Fue así... Las recomendaciones comenzaron, creo que por colegas. Estoy también acreditado en el Banco do Brasil, atiende en el consultorio a los empleados. Bueno, el hecho de que haya comenzado junto con otros colegas, en el mismo edificio, eso ayudaba. Recibí algunos enfermos de ellos. Es innegable.

Pero también, yo me dedicaba mucho. Aún hoy, modestia aparte, soy esclavo del enfermo. Me involucro mucho. Me involucro emocionalmente con la historia del paciente. El individuo, al final, termina no solo siendo mi cliente. Recientemente, fui a atender a una persona. El tipo estaba pasándola muy mal. Lo subí a mi auto y lo llevé al Hospital de Clínicas, al Instituto del Corazón. Yo hago ese tipo de atención. Creo que no tiene ningún mérito, eso debería ser lo normal. Pero las personas se quedan agradecidas, porque es algo que no existe más. Yo lo hago.

También la clínica, en mi tiempo, era muy diferente. Mirá, no necesitabas tantas cosas, ni se pedían tantos exámenes, yo ni pido, hasta hoy. Cuando me fui al consultorio, ya tenía un

²¹Instituto de Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de la Industria, de 1936 a 1966, ya mencionado en el capítulo anterior y posteriormente unificado en el Instituto Nacional de Previsión Social.

²²Barrio industrial de la ciudad de San Pablo cercano al barrio Mooca, hoy más residencial y comercial.

electrocardiógrafo. Cuando el centro de emergencias se desarmó, uno de los socios —que, en la realidad, era una especie de orientador, uno de nuestros profesores— tenía un aparato de radioscopia. Él no iba a ejercer más la profesión, iba a venderlo. Le propuse que me lo vendiera, pagándolo en cuotas; él aceptó, lo compré y lo llevé al consultorio. Un equipito más que tenía ahí. Monté el consultorio bien equipado, razonablemente equipado, con materiales que tengo hasta hoy, aún en uso. En aquella época, eso representó una cosa importante. Primero, porque yo manipulaba todo eso. La radioscopia, por ejemplo, yo ya venía estudiando, y conocía muy bien, sin falsa modestia. Después, compré un aparato para fondo de ojo, por ejemplo. Hago un examen de rutina. Tengo dos aparatos de audiometría. Entonces, hago rutinariamente la determinación de oscilometría. Hago fondo de ojo y radioscopia en todos los pacientes, y electrocardiograma eventualmente, en aquellos que lo necesitan, no lo hago a todos, no. Estos exámenes son importantes, porque facilitan enormemente. Yo no necesito radiografía de tórax, por ejemplo. Solo uso en circunstancias muy especiales, cuando tengo determinadas dudas. Ahí, pido...

Hoy, ya pido exámenes hasta más diferenciados: tomografía, por ejemplo. Ahora, por la experiencia que adquirí en el laboratorio —trabajé muchos años—, muy pronto percibí que el análisis de laboratorio no sirve de nada. El análisis de laboratorio es una... y, además, el espíritu de mi profesor: el profesor Jairo Ramos... Es muy difícil traducir en palabras lo que él era. Jairo Ramos tenía una personalidad extraordinaria. Fue un referente, aquí, en San Pablo. Y lamento que no exista nada parecido. Su presencia como profesor era notoria, a diario. Él actuaba con una agresividad que era de fundamental importancia en la formación de quien pasara por él. Exigía el examen del paciente previamente a cualquier análisis de laboratorio. Aquel que pidiera algún examen debía justificar el porqué. El examen físico era detalladísimo. Cuando se llegaba a un diagnóstico bien orientado, solo entonces se complementaba con alguna información. Aún hoy, solo pido en circunstancias muy especiales. Mi rutina está basada en el examen clínico hasta hoy.

Estoy acreditado en el Banco do Brasil, y atiendo el mayor número de pacientes, unos 15, 16 por mes. El resto es muchísimo menos. Aún así, a pesar de lo fácil que es pedir exámenes, solo lo hago cuando es necesario. Por el contrario, hay pacientes que exigen una serie de exámenes, para después ver. No sirve explicar: “Mire, el examen debe hacerse en determinadas circunstancias. Usted no está sintiendo nada, no necesita...”. “No, yo quiero dosificar el colesterol, quiero ver el colesterol”.

Es algo muy difícil de venderle al paciente; pero, en todo caso, intento disciplinarlos. La mayoría termina comprendiendo. Al comienzo, los pacientes no tenían esa... La medicina cambió, porque hubo una popularización de la medicina en los diarios, ese periodismo barato, de divulgación. Pero cuando me topo con pacientes que me piden exámenes de rutina y tal, intento convencerlos: solo si es necesario.

Con la experiencia que tengo, con el dominio que tengo sobre ellos, consigo convencerlos. Yo aún atiendo a la antigua, de la manera que aprendí. Converso largamente con el paciente, enfrente todos sus problemas. Aquí, en el consultorio, el 80% de ellos tienen problemas de otro tipo, no son problemas médicos. Entonces, hay que sentir, captar, verificar cuanto de todo eso está influyendo en el cuadro que tiene, en la parte orgánica, real. Y con mucha frecuencia se verifica que no tenía nada orgánico... importante. Lo que él tiene en realidad son otros problemas, mucho más graves, de relacionamiento familiar, económicos, sociales etc., que... somatiza, vamos a decir así. Es necesario tener mucha... cancha. Y, hoy, me considero un

individuo con amplia experiencia. Y es ese el secreto de mi clínica actual. A la gente le gusta mi forma de actuar, sin ninguna duda... Ah! Yo voy con ellos hasta el final, los ayudo, me inmiscuyo en el problema, participo del problema. Yo me desvivo por los enfermos. Quedo exhausto.

Incluso ayer atendí a una mujer cardíaca descompensada, por tercera vez, una cardíaca grave. Nunca necesité internarla. Ella va a volver el viernes para un control y ajustar la medicación... Y tengo certeza absoluta de que ella se va a equilibrar y listo. Nunca forcé la internación de un enfermo. Me llamaban más a domicilio, y yo asumía la responsabilidad. Creía que, para ellos, era bueno, porque gastaban menos. Siempre me preocupé mucho por el aspecto social... como los gobiernos... que declaman mucho, a pesar de que no hacen nada por lo social. Yo hacía. Pensaba: "Ese tipo va a gastar una enormidad. Entonces, dejame ver si yo..."

Hoy, el médico no va más a domicilio, no puede... porque tiene 300 ocupaciones, tiene 200 actividades... ¡No va! Ese es el gran defecto. Más allá de la inseguridad de los más nuevos, que no tienen experiencia para cuidar a un enfermo de esa manera. Y otra cosa: hoy, nadie tiene tiempo. Por ejemplo, la consulta, desde el inicio de mi práctica, siempre fue una consulta, así, muy demorada. Con el enfermo nuevo, nunca menos de una hora. Con el paciente más antiguo, ahí la cosa es más simple, porque ya tengo una buena visión del individuo y, además, me considero privilegiado, porque tengo una memoria muy buena, aún la tengo. Conozco a todos los enfermos. Pero hoy todo es diferente.

Mirá el tratamiento, por ejemplo. Si comparamos la riqueza —o, por lo menos, la diversificación— que existe hoy con respecto a la de aquella época... era muy limitada... Y era hasta bueno, porque estabas obligado a manipular muchas menos cosas y tenías, al final, una experiencia mayor. Hoy, hay antibióticos, por ejemplo, que yo ni sé usar. Nunca los usé. Entonces, la medicina sufrió un cambio muy grande. Muy grande.

Cuanto más envejecés, más experiencia tenés y te ponés más escéptico, que es lo peor. Porque el médico, con raras excepciones, es un descreído. No cree en nada. A no ser que tenga una formación diferente, con una línea —vamos a decir— de conducta filosófica, o religiosa, ideológica... Pero, en general, el médico es un descreído. No cree en nada. Yo soy uno de ellos. Pesimista, divertido, casi siempre; y eso es lo que caracteriza a la gran mayoría.

Es que, con la edad, nos vamos cansando, ¿no es cierto? Vemos que se lucha inútilmente, las cosas empeoran siempre... o, por lo menos, se siente que empeoran. En realidad, mejoran. Se producen cambios, la evolución... Hoy se sabe mucho más, se hace mucho más... Ah, no sé... no sé... Sabés, cuando se es joven, se cree que con la medicina vas a hacer todo, vas a salvar, ayudar... Somos muy ingenuos. Ayer, vi un programa de televisión en el que un sujeto se definía como materialista. ¡Qué materialista! Esperá a que tenga un dolor de estómago... Yo no sé..., yo creo en Dios, no soy esas cosas... materialista. Pero no consigo conformarme con la muerte, con el sufrimiento del paciente hasta la muerte. Ahora está el sida. La medicina aún es muy frágil, no hay nada para hacer ahí, no logró controlar las enfermedades infecciosas. Creo que aún va a actuar, cuando se descubra la etiología... la medicina deberá mejorar las cosas... sí..., pero no va a servir de mucho, porque de alguna cosa siempre se muere...

Capítulo 4

El cotidiano profesional en tiempos de cambios

Los médicos entrevistados cuentan la historia del pasaje de una “profesión” a otra y de una identidad profesional a otra: se inician en la medicina liberal y forman parte de aquel colectivo que relata la creación de la medicina tecnológica.

Ellos fueron los agentes de la innovación, la renovación de la práctica, la incorporación de la especialización en el trabajo y las tecnologías materiales, al mismo tiempo que buscaron preservar aspectos y componentes que habían caracterizado a una identidad pasada, de la cual partieron al inicio de la profesión. Identidad forjada al interior de una medicina ejercida de forma homogénea como práctica liberal y de la cual tomaron la concepción de autonomía que reconocen como su ideal de práctica. E incluso suponiendo que con sus procedimientos y ajustes preservaban el carácter universal de esa práctica y que, a través de la autonomía reconstruida, mantenían supuestamente intacta la esencia de aquella misma identidad inicial, se constituyeron, de hecho, en sujetos de la reconstrucción del trabajo médico, a partir de que se afirma una nueva identidad.

Partieron del principio de que la práctica sería adecuada y técnicamente bien calificada cuando se encontraran condiciones en las cuales la racionalidad del acto médico, estaría conformada tanto por el plano científico-tecnológico, como por el juicio y el poder de decisión individual del médico. De cierto modo, esa conciliación tiene como supuesto la posibilidad de establecer —entre el plano científico-tecnológico (configurado, sobre todo, en el equipamiento material, en ese período de sus vivencias profesionales) y el empeño o la capacidad de decisión personal de cada médico— las mismas formas de articulación que anteriormente se habían establecido entre el médico liberal y el saber. Estos médicos partieron, por lo tanto, del presupuesto de la necesaria preservación de un momento esencial de autonomía al interior de la práctica, concibiéndolo como un factor que debería presidir el modelo operativo. Pero, al buscar objetivamente un modelo consistente con estos principios, transformaron el trabajo, y recortaron un conjunto importante de procedimientos, los individualizaron y lo aislaron de los otros componentes del ejercicio profesional. Así, al haber separado un poco “la paja del trigo”, siguieron profundizando las escisiones existentes en el trabajo liberal.

Sus movimientos significaron para ellos la búsqueda de una independencia de acción y de juicio. Búsqueda que se dio a través de la demarcación de un espacio de trabajo, como una especie de “territorio libre”, en el cual revivieron, de modo análogo

a la medicina liberal, la plena autonomía laboral. Ese territorio, donde el desempeño podía ser totalmente libre porque quedaba circunscripto al ámbito personal del médico, era el consultorio particular. Por lo tanto, esa forma institucional de organización de la producción de los servicios asumiría la calidad bajo una única forma capaz de corporizar las condiciones necesarias y adecuadas para el ejercicio autónomo. Así, del mismo modo que promovieron la reconstrucción de la autonomía, iniciaron una reorganización del consultorio, como base institucional de la producción de los servicios. Y una vez reorientada la práctica médica, se originó un nuevo consultorio privado, lo que produjo, en consecuencia, toda otra conceptualización.

La individualización del ejercicio profesional y la libertad asociada, concebidas como atributos necesarios para la práctica y para su forma institucional ideal de realización, sin duda constituyeron las cuestiones centrales con las cuales estos entrevistados se enfrentaban cotidianamente. Esta es la razón por la cual la interpretación que se hace de sus vivencias singulares —de las que considero algunos puntos sin pretender constituir un análisis exhaustivo— privilegia esa misma cuestión de la individualización y de la libertad personal.

Se busca, por lo tanto, cotejar la subjetividad y su ejercicio en la práctica profesional con los determinantes sociales que hacen, del comportamiento de cada uno, un desempeño social. También se busca contrastarlos con las condiciones históricas concretas que demarcaron los espacios y las formas posibles de esa actuación individual. Y se hace porque la pretensión fue rescatar el *modus operandi* de este segmento profesional al articularse con el modelo general de la medicina tecnológica, y señalar esta articulación fue también un propósito. Justamente, cabe señalar que al analizar el modelo de práctica generado por ellos, se identifican sus relaciones con el conjunto de la práctica médica, al mismo tiempo que se la reconoce como práctica social. El objetivo es evidenciar al médico como parte de un sujeto colectivo y, a su vez, evidenciarlo como sujeto social.

Las acciones realizadas que constituyen tales evidencias, sin embargo, no tuvieron para sus agentes ese sentido histórico transformador. Se podría decir hasta que, en función de las concepciones de vida y trabajo de las que partieron, y en función del modo en que lidiaron con esas cuestiones en sus vidas profesionales, estos médicos no se reconocen como creadores de las relaciones de producción más generales de la práctica médica. No se ven, por lo tanto, como insertos, desde el principio de sus vidas de trabajo, en procesos de cambios. Más bien asumieron el proceso específico del cual ellos mismos participaron, como una especie de *movimiento de resistencia*. Una estrategia de preservación por parte de un grupo de médicos que aún conseguía mantener la antigua identidad profesional: ellos serían los profesionales liberales, alejados y diferentes de los demás, que resguardaron, a través del esfuerzo personal, la calidad de la atención médica que derivaría de la autonomía preservada. Por eso, para ellos, es como si los nuevos tiempos delimitaran su modelo independiente de ejercicio profesional como de “otro tiempo” respecto al presente.

Los relatos de estos médicos revelan que ellos mismos hacen del inicio de la vida profesional un marco, un corte que separa y hasta cierto punto opone dos segmentos de esa vida: el comienzo y el después. En primero lugar, se buscó respetar esa división,

e identificar las características de los dos momentos en sí mismos, para después considerar la propia división como una cuestión. El primero de estos dos momentos corresponde al período del comienzo de la vida profesional, en el que estos médicos se profesionalizaron. *Ser médico, hacerse médico y los referenciales de la libertad* son las partes en las que se dividió el análisis vinculado a ese primer momento. El segundo momento corresponde a las transformaciones que operan ellos mismos en el proyecto o modelo tecnológico y asistencial inicial, para preservar los núcleos centrales de la práctica liberal, a la par que las condiciones objetivas del ejercicio profesional se distancian cada vez más de los estándares identificados con el verdadero ejercicio autónomo. *La libertad reformulada* es el título bajo el cual se analiza ese momento. Por último, para conocer las razones por las cuales estos médicos delimitan tales momentos, se analizó el modo en que ellos mismos transitan el hecho de ser sujetos históricos, insertos en procesos de cambios, en un movimiento real del que son partícipes. Se observó, entonces, cómo ellos reflexionan sobre los cambios y reconocen la *señal de los tiempos*.

Sin embargo, antes de examinar sus narrativas, es necesario destacar dos aspectos relacionados con las condiciones históricas de las que son producto. El primero, se refiere al hecho de que los cambios que relatan corresponden a una reconstrucción de la autonomía que proveerá a sus agentes una especie de progresiva “limitación” de su ejercicio autónomo-independiente. Limitación que se da por la redelimitación de las bases más personales y subjetivas, en la conformación del acto técnico.

Se trata del redireccionamiento de la autonomía hacia otros espacios, es decir, hacia los dominios de lo especializado y de lo tecnológico. Esto les parecerá “natural” a los médicos, sus agentes. Por esta razón, se puede observar que no lo relatan como un cambio, una alteración, sino que parecerá y se relata como una consecuencia del desarrollo científico. Así, lo problemático, para ellos, es la pérdida que se produce en la antigua base de apoyo más subjetiva, la cual realmente se contrae, cuando el ejercicio de la subjetividad gana nuevos patrones. Y eso pone en evidencia, por otro lado, el hecho de que estos entrevistados vinculan el cambio sobre todo con aquellos sentidos de la realidad a los cuales atribuyen valor negativo. Según ellos, la historia es lo que se pierde!

En segundo lugar está el hecho de que todos estos médicos iniciaron sus prácticas sobre una base, a nivel personal, ya un poco “contraída” con referencia al ideal de la profesión, dado que comienzan sus vidas profesionales bajo las determinaciones de una medicina que ya no se da como práctica *típicamente liberal*. Pero si este es su trazo común, incluso en el interior de este agrupamiento, las condiciones objetivas de la práctica médica se transforman lo suficiente como para producir situaciones profesionales diferenciadas entre sí.

De este modo, por un lado, ellos participan del mercado de trabajo desde formas de inserción en las que coexisten las situaciones de trabajo asalariado, de empleo público o privado, con la situación de trabajo “liberal” del consultorio particular, a la cual identifican como un patrón de práctica “difuso y maleable”, propio del ejercicio de carácter “esencialmente” personal y que por eso asumen como la *principal actividad en la profesión*. Por otro lado, aunque el consultorio sea para todos lo que

simboliza de hecho el trabajo profesional, el sentido que asume la convivencia con las actividades ejercidas bajo vínculos laborales no es exactamente el mismo para el conjunto de los entrevistados, por lo que el salario les parece algo más “natural” a los más jóvenes de ellos. Para quien se graduó cerca de 1955 le parecerá bastante plausible la necesidad de un empleo como la forma primaria y más inmediata de la inserción en el mercado de trabajo: *justo después de que yo me gradué, fui a conseguir un empleo*, dice el doctor Luís.

También, al igual que la especialización, el equipamiento material o la base hospitalaria, como componentes básicos para iniciar la práctica, son componentes de la práctica profesional mucho más naturales y cercanos para el doctor Carlos que para la doctora Emília o el doctor Fábio. Así, el contraste aparece cuando la doctora Emília, incluso en una situación de trabajo con vínculo laboral, asienta su práctica en el parto domiciliario o en la absoluta simplicidad tecnológica del consultorio, mientras que para el doctor Carlos, no le resulta extraño la incorporación de un electrocardiógrafo y de un aparato de radioscopia como parte de los instrumentales del consultorio, o incluso la idea de crear un servicio un poco más especializado, tal como un centro de emergencias, lo cual forma parte ya de su cotidiano, situación que él reconoce como familiar.

No obstante esta diferenciación entre los entrevistados, estas vidas profesionales serán observadas en conjunto, dado que las condiciones más actuales de la medicina tecnológica reduce mucho la distancia que, por la especialización de la práctica o la incorporación de equipos de la época, esa diferenciación profesional consigue establecer entre aquellas vidas.

Ser médico, hacerse médico

La profesión representa para los individuos entrevistados la viabilización del proyecto de ascenso social que cada uno trae como expectativa de participación en la sociedad, de modo de reconocer, y ser reconocido, como sujetos sociales de prestigio y valor. Para algunos puede representar la simple continuidad de una posición social ya conquistada por la familia. El doctor Luís, por ejemplo, siguió los pasos de su padre. Para él se trataba de un camino natural:

La idea de hacer medicina siempre existió. ¡No sé si se me pasó por la cabeza hacer otra cosa! [...] Entonces, si te gustaba hablar, de letras, de latín, ibas a hacer derecho; o si eras muy bueno en física, matemática, te gustaban las cosas —por así decir— de cálculo, ibas a ser ingeniero; o ibas a ser médico. No había muchas... muchas variantes. Tengo la impresión de que a mamá tal vez le haya gustado de yo estudiara medicina. Papa, ¡no sé! Evidentemente le debe haber gustado. Trabajé con él toda la vida, después, ¿no? Pero... yo... no sentí haber sido forzado, ni inducido. Tal vez yo haya elegido hacer el mismo tipo de clínica, eso sí. Tuve la posibilidad de ir allá, junto a su consultorio, y hacer lo mismo.

Para otros, el camino no es de continuidad, sino de ruptura con la dependencia, en la afirmación de la capacidad individual de construir su vida con base en las condiciones que creará con su trabajo. El doctor Fábio casi no fue médico porque *en su familia lo importante era ser hacendado*; la doctora Emília buscaba la independencia como mujer, en la visión de futuro que la madre sabiamente le había transmitido: *“Para vivir, mis hijas tendrán fe, educación, instrucción y más autosuficiencia en la vida”*.

Para el doctor Maurício, como inmigrante, ser médico significó la posibilidad de un trabajo estable que pudiera afianzarlo como autoridad y ciudadano de valor en una tierra extraña, y hacerlo parte de ella:

Mis dos hermanos más viejos, que ya estaban en Brasil cuando vine, y que eran como padres para mí, tenían una casa de muebles, en Santos. Pero, en el espíritu de nuestro pueblo, la mejor fortuna que se puede tener en la familia es la cultura, hacer una carrera que dignifique, una carrera humana, digna; eso contribuyó a que yo hiciera medicina. Otro aspecto es el sentido de la vocación. Siempre tuvimos la voluntad de ser útiles en algo, incluso en otros trabajos paralelos a la medicina.

Para el doctor Antonio representa una ruptura con los patrones de pobreza, y una vida mejor:

Y por ahí en mi adolescencia, yo resolví estudiar. Yo fui voluntariamente a matricularme en el colegio, trabajaba, pagaba mis mensualidades y ¡estudie! [...] Incluso me acuerdo de un médico que tenía un consultorio en la calle Bresser —yo vivía ahí cerca— y cuando yo iba a consultarlo, me encantaba todo eso: la casa del médico, con la plaquita: “Doctor fulano de tal”. Él tenía el consultorio en su casa. En realidad yo también tuve el consultorio en mi casa. ¡Aquí! ¡Yo vivía aquí arriba! [...] Pero me atraía la situación del médico. Ser médico es algo notable. Eso ya existía. Esto es lo que contribuyó a mi motivación de ser médico [...] Es decir, desde mi mirada de adolescente pobre, el médico era un individuo distinto en la sociedad... un individuo que tenía una posición muy distinta en la sociedad. Yo creía que ellos tenían algo especial: eran individuos elegantes, hablaban bien, conocedores, humanos... ¡todas esas cosas!

Para otros, como el doctor Silvio —*en aquel tiempo, él era el señor doctor*— ser médico representa la autoridad. Además, representa la popularidad y el reconocimiento, como figura magnánima y dedicada, que hace del médico una persona conocida y querida, como aquella imagen de su médico de infancia, que el doctor Carlos retiene en la memoria:

...falleció en 1941, el doctor Nacarato. Tengo la impresión de que ese hombre nunca le cobró una consulta a nadie. Él era amigo de todo el mundo. Entonces, el que necesitaba, iba a buscar al doctor Nacarato. Y él estaba siempre a las órdenes. [...] Es verdad que los médicos, en esa época, eran personas, así, ilustres. Muy considerados. [...] Todos. Eran personas que tenían una influencia importantísima. Algunos eran consejeros de la familia... la gente iba al consultorio a pedirle opinión para tomar decisiones, hasta sobre el casamiento de los hijos. El médico tenía una influencia muy grande, más que las otras profesiones, es innegable.

Para todos, por lo tanto, ser médico significa la posibilidad de una afirmación de la identidad social que en buena medida depende de sus esfuerzos y desempeños personales y, en esta profesión socialmente célebre, alcanzar el éxito en el período de los primeros pasos profesionales, resulta más dependiente aún de ese plano personal. La relación entre *instrucción y autosuficiencia*, como señala la doctora Emília, como posibilidad concreta de instalar un patrón de prácticas del ejercicio autónomo-independiente, evidencia el sentido de la escolarización y de la calificación universitaria como algo necesario, y por sí mismo suficiente para la profesión. Cabe destacar que, hasta ese momento, el saber aún representa el principal medio de trabajo y, su posesión, el recurso esencial para que el médico se establezca en la vida profesional. *Ser médico* podía ser tan simple como *hacerse médico* por su propio esfuerzo. Las barreras sociales representadas por la escolarización y luego por la instalación del consultorio y la captación de clientes, aún tenían, en el período analizado, grandes chances de ser traspasadas a través del esfuerzo relativamente más individual.

Pero este esfuerzo es solo una parte de los requisitos para ser médico: el propio grupo social de origen de los entrevistados (en su mayoría hijos de comerciantes, hacendados, gerentes de grandes industrias, empleados públicos graduados) y la pequeña presencia de individuos provenientes de familias de bajos recursos en las escuelas médicas, tal como ellos mismos relatan, muestra como era socialmente difícil llegar a la calificación profesional. La carrera era larga, exigía un gran empeño y la cursada ocupaba todo el día. Esa era la preocupación del doctor Carlos, cuya situación familiar empeoró mucho cuando el padre fue despedido del empleo a los 50 años:

Medicina era una carrera muy difícil, era necesario estudiar todo el día, no podías salir de tu casa, tenías que... Y aquella era una preocupación muy grande porque a mí me preocupaba la posibilidad de ganar algo para hacer la carrera. Necesitaba mejorar de vida porque en esa oportunidad, también, sucedió un problema muy grave con mi padre y casi que... provocó la interrupción del estudio... En fin... pude continuar con muchas limitaciones y economizando mucho...

El doctor Fábio también enfatiza este aspecto al relatar, ante una situación personal opuesta, la ventaja que obtuvo al haber podido estudiar y hasta incluso ejercer la práctica, en sus primeros años de formado, al recibir dinero de la familia. Lo mismo ocurre con el doctor Silvio, que expresa: “*iEn ese punto el viejo se portó bien!*”

Sin embargo, para los estudiantes más pobres, aquella época aun admitía la posibilidad de hacer los estudios médicos trabajando, y todo esfuerzo valía, pues la medicina era esperanza y conquista.

En cada época se evidencian trabajos que se corresponden con esa representación: formas de ascender en la escala social, de obtener prestigio y alta remuneración, situaciones que parecen depender del esfuerzo individual, por medio de la voluntad, de la persistencia para vencer las dificultades y de la capacidad individual para hacerlo. En las sociedades capitalistas y al interior de los trabajos socialmente calificados como trabajos “más intelectuales”, esa imagen del empeño personal que

se identifica con la escolarización y con el éxito parecerá derivar de la persistencia laboriosa por parte del estudiante.

La escolarización, como promesa de “vencer en la vida” y como producto de predisposiciones personales, sin embargo, no es una promesa falsa, una imagen totalmente engañosa de la realidad. Al contrario, la representación se funda sobre la realidad objetiva en la que de *cierta forma y hasta cierto punto* se realiza la promesa, es decir, se confiere crédito a una imagen que dentro de determinadas proporciones se hace efectiva. Hay, por lo tanto, límites; hay contención de los espacios en que lo concreto realiza la imagen. Pero estos límites no están implícitos en la representación. Al menos no en la representación construida por el pensamiento dominante, como se verá. Y como se puede ver ahora, los límites tampoco sobrepasan la imagen que aportan los entrevistados. En el interior de sus discursos todas las dificultades parecen desvanecerse ante la voluntad individual, aunque esta deba ser muy fuerte y verdadera: una *vocación*.

Ciertamente, en los años posteriores al período vivido por estos entrevistados, diversos trabajos se revisten de ese carácter de actuación exitosa socialmente en función de las cualidades personales de sus agentes. Vale decir que, incluso en el mundo tecnológico del período posterior a los años 1980, hay trabajos cuyo éxito social parece vincularse menos a las tecnologías y más a los talentos, por ser éxitos, en gran parte, aunque no exclusivamente, comprometidos con los esfuerzos y desempeños individuales. En ese momento, entre las décadas de 1940 y 1950, las “profesiones liberales” y, sobre todo, la medicina, se presentan así ante la sociedad.

La doctora Emília evidencia ese aspecto ya en la decisión de hacer medicina y de optar por la especialidad. Pareciera que estudiar, formarse, definir un campo de trabajo es solo cuestión de decidir y hacer, o entonces saber percibir su propio “don” (o la vocación) y realizarlo, sorteando con su propio esfuerzo hasta las dificultades causadas por su condición de ser mujer. No obstante, al interior de ese mismo relato se trasluce la relativización de ese “poder personal” para superar los obstáculos de la vida social: delimitación ya dada, de modo consciente o no, en las propias elecciones que se conciben como definidas de manera exclusiva por el esfuerzo personal, lo cual refleja que ya conoce de antemano los límites de los espacios en que podrá realmente desarrollarse. Tal como lo relató la doctora Emília, ella, como mujer, debería dedicarse a la pediatría o a la “clínica de señoras” (ginecobstetricia), pues, “...*médica —de clínica general— no examinaba hombres, ¿no?*”.

Etzel (1987) muestra que era posible hacerse médico con una gran dosis de empeño personal pero dentro de ciertos límites de las condiciones concretas de la vida en sociedad. La búsqueda de un área definida de actuación al interior del campo profesional permite aprehender bien esa articulación entre el plano individual y el determinismo relativo a lo social en las elecciones personales. En ese sentido, se observa que incluso al interior de la escuela médica, el estudiante parece disponer de un gran espacio para la opción personal, lo cual permite representar todo lo que diga respecto a la profesión por medio de la noción de la *libertad, libre elección, libre albedrío*. Esa noción no dejará de acompañarlo como referencial del presupuesto adecuado y calificador de su trabajo.

A través del currículo escolar, el estudiante construye al interior del currículo formal el “currículo personal”, muchas veces denominado “oculto” porque no es reconocido oficialmente por la escuela médica; aquel que le permitirá al médico individualmente alcanzar calificaciones específicas, mayor adiestramiento y experiencia clínica, y que lo diferenciará en la profesión, por algún dominio del arte clínico o de la técnica quirúrgica. El doctor Carlos se acuerda, por ejemplo, de esa autonomía de acción cuando dice que “...en aquella época teníamos libertad de expansión”. Eso significaba la posibilidad de que, durante la carrera, el estudiante ya participara de actividades de trabajo, fuera de la escuela médica:

Yo conseguí una vacante en el laboratorio central del hospital, que atendía a todos, tanto a los indigentes —es decir, en las salas de internación— como a los jubilados. Entonces, comencé a aprender a extraer sangre... En aquella época, se hacía el recuento de glóbulos pinchando la punta del dedo, se recolectaba con la pipeta, se preparaban las diluciones, y se ponía en el microscopio... una habilidad, un aprendizaje que solo se conseguía con el tiempo. [...] De a poco, me fui transformando en un especialista en realización de pruebas de función renal, función hepática, estandarizaba, hacía nuevas técnicas. Lo que sucedía en aquella época es que los estudiantes, algunos... Por ejemplo, la escuela, cirugía era muy limitada, entonces mucha gente aprendió así, el alumno hacía su programita, asistía a las clases y ise iba a trabajar a otro lugar!

Esa introducción de un currículo informal y simultáneo es, para los futuros clínicos, la forma de iniciarse en el complicado *arte clínico*, adquiriendo un poco de la experiencia personal tan necesaria para el ejercicio de la profesión.

Los futuros cirujanos, por otro lado, buscaban mayor habilidad manual, y se quedaban en las salas de pacientes quirúrgicos, participando como asistentes o instrumentistas en las cirugías realizadas por el profesor. Algunos lo harían en la propia escuela, mientras que otros podían disponer de una forma de aprendizaje totalmente independiente, como relata el doctor Mauricio:

Comencé a trabajar como voluntario, como aprendizaje, en segundo año de la facultad, en urología. A partir de cuarto año comencé a trabajar de forma remunerada. [...] Desde primer año de medicina comencé a trabajar en una sala aprendiendo cómo se pone la mesa, cómo se cubre la mesa, cómo se dispone el material quirúrgico, el nombre de las pinzas, que lees en los libros de anatomía, pero en la práctica no lo sabés. Comencé a aprender a hacer inyecciones intravenosas. La escuela solo comenzaba la parte práctica de quinto año en adelante, entonces el estudiante tenía que buscar los servicios por autodeterminación. Yo fui a buscar especialmente los servicios quirúrgicos ginecológicos.

Al mismo tiempo estos médicos conviven, en esa época de la formación escolar, con reglas bien definidas y bastante inflexibles de comportamiento: la *severidad* como base para la aculturación dentro de un desempeño personal en el cual, para poder ser libre, se debe tener compromiso, responsabilidad y dedicación plena. En ese período, la vida está marcada por el *respeto*, que deriva del reconocimiento a las autoridades, fundadas en un saber que no es solo técnico o científico, sino el de la

experiencia personal previa: el profesor y el padre, la madre, los más viejos y con más experiencia, todos son *severos*. El médico más antiguo, a quien el recién graduado se puede “asociar”, también se relaciona con esa cualidad.

Todos cuentan en sus historias de infancia ese trazo característico de una moral de conducta de estrechos límites para opciones individuales. Y sin querer introducir una discusión sobre el sentido de la cultura y de la moral en la sociedad de los años 1940, no cabe duda, por todos los relatos, cuán presente está en el interior de la escuela médica esa identificación entre *la sabiduría y la severidad*, en la conducta austera y rigurosa de aquel que sabe: tener autoridad y saber significaba haber desarrollado una *moral de férrea disciplina personal*. Sus referenciales pueden ser verificados en las prácticas de enseñanza a través de la célebre clase inaugural de la carrera médica que trata del *respeto* al cadáver, o del *rigor* de la enseñanza con sus pruebas públicas y “durísimas”. El doctor Carlos relata una situación ejemplar, en ese sentido:

Bueno, la sala de internación era rigurosísima. El profesor iba allá todos los días, y los asistentes le tenían pánico. Nosotros, a otra escala, también. Por ejemplo: se internaba un enfermo a la hora que fuese, y teníamos 24 horas de plazo para hacer el examen completo, una anamnesis completísima, con examen físico, que era corregido por el asistente. Recuerdo que un domingo yo estaba en quinto año, estaba en la sala, un domingo a la mañana, sol bonito, día espectacular... El viernes a la noche, el sábado a la mañana, había entrado un paciente nuevo, y yo estaba haciendo la evolución y el profesor entró. Era una figura imponente, alta, muy elegantemente vestido. Entró, agarró la papeleta y vio que no estaba lista. Y preguntó quién era el asistente. Ese asistente se había ido a Santos, a pasar un fin de semana allá. Tomó el ómnibus de la Cometa, en aquella época, ni auto teníamos. El profesor lo mandó a buscar, y se quedó sentado esperando a que volviera de Santos para hacer la anamnesis del paciente, que no había sido hecha. Era de ese rigor terrible. Se peleaba con todo el mundo. En su sala se aprendía violentamente. Se aprendía mucho...

Estas situaciones evidencian el trazo típico de una época que combina la exaltación de la iniciativa individual con rígidos patrones de comportamiento. Así, incluso en el plano del desempeño individual como referencia para la acción social, la libertad de acción se articula con reglas de contención dadas por el disciplinamiento personal: la libertad encontrará en la *severidad* y en su correlata *responsabilidad* para con la acción propuesta los límites que conformarán el comportamiento del libre albedrío. Esa misma moral de conducta aparecerá también bajo la forma de un comportamiento de plena *dedicación* puesto que, por un lado, la libertad expresa el patrón de base más personal y, por otro lado, ese mismo patrón implica una continua vigilancia, de carácter personal y personalmente ejercida, en el sentido de controlar el resultado, los efectos de la elección y de la acción realizada. *Responsabilidad y dedicación*, por lo tanto, son las contrapartidas que parecen exigir esa mayor libertad de acción expresada en el “poder personal”.

Otra situación en la cual se observa esa libre iniciativa, y que por eso parecerá un producto exclusivo del desempeño personal, es aquella en la que se concreta la instalación del consultorio y la captación de los clientes. *Ser médico* parecerá, en

referencia a esas situaciones, algo tan simple como *hacerse médico*, siempre que quiera y se esfuerce individualmente en ese sentido. Son decisiones libres, cuya realización requiere de emprendimientos que implican, a su vez, *dedicación y responsabilidad*. Y del mismo modo que Etzel (1987) lo expresa en su libro, nuestros entrevistados mencionan que la paciencia en este campo sería la puerta del éxito futuro.

Mis clientes comenzaron en Agua Rasa, al inicio del movimiento... En esa oportunidad, allá donde yo estaba, cerca, unas cuadras más abajo, estaba el doctor Arnon, en la Cuarta Parada¹. Él era médico de una gran industria de tejidos de la región. Y él había tenido su consultorio en ese lugar al que fui a consultar, fui a trabajar, y armé el consultorio, en un inicio. Entonces armé el consultorio allá. Yo llegué y monté mi tienda. Un día no tuve clientes, otro día no tuve, después vino uno, otro, fue aumentando, y yo me quedé con una cantidad de pacientes muy buena... Y constancia, la persistencia, la constancia, la forma de atender... (Doctor Fábio)

La ausencia de persistencia puede ser, por el contrario, fatal, como infiere el doctor Néelson, cuya condición de vida le exigía trabajo rápidamente remunerado, de allí que en cuanto se graduó, opta por un trabajo asalariado:

Es decir, creo que la clínica daría más, si tuviera más tiempo para quedarme en el consultorio o estar disponible... Tal vez eso. Yo me quedaba en el consultorio a la tarde y trabajaba por la mañana en el centro de salud, en Santana, y, después, en el centro de salud de Santa Cecilia². Entonces... pero ese es el tema: cuando querías trabajar de mañana. De repente te cambiaban a la tarde. Entonces, era de una a las cuatro. Ya perdías una parte de la tarde —unas horitas— y la mañana te quedaba libre. Entonces, ise descompaginaba todo! ¿Entendés? Yo creía que debía dedicarme más. Hoy en día, pienso que debería, tal vez, haberme arriesgado a ser un “francotirador”, porque en aquel tiempo aún se podía hacer algo. Ser libre, quedarse solo con el consultorio, sin interrupciones. Trabajar por cuenta propia en el consultorio. Quedarse ahí el día entero... Otra cosa: a mí no me gustaba pedir favores, derivar un enfermo al farmacéutico... nunca me gustó. ¡Yo quería hacer medicina pura! Como hacían estos medallones ¿no? Y es así, como vos sabés, hoy se necesita tener un engranaje.

El consultorio aparece, por lo tanto, como la principal y primera actividad a ser iniciada justo después de graduarse. Uno de los entrevistados cuenta que, al preguntar a su profesor de Clínica cuándo debería montar su consultorio, el profesor le preguntó: “¿Cuándo se graduó?”. “Hace quince días, profesor” —le respondió el entrevistado. Y el profesor dijo: “¡Entonces usted ya perdió quince días!”

Este pequeño testimonio señala la posibilidad de una inserción en el mercado de trabajo comprometida con el empeño personal. Eso, al menos, parcialmente, ya que la mayoría de las veces, es solo una de las tantas situaciones de trabajo del médico, como se desprende de las narraciones de todos. No obstante, es relevante

¹Agua Rasa y Cuarta Parada son dos barrios de la ciudad de San Pablo.

²Santana y Santa Cecilia son barrios de San Pablo, ubicados al norte y en el centro de la ciudad, respectivamente.

tal posibilidad en el caso de la medicina, sobre todo porque el consultorio particular es el ámbito laboral que confería mayores ingresos y prestigio, lo cual reitera la concepción de que un ascenso en la escala social sería producto del esfuerzo de cada uno.

Otro ejemplo está en la propia instalación del consultorio, que parecería derivar tan solo de la elección del lugar, asentarse y aguardar a los clientes. La voluntad individual comandaría la efectivización del servicio médico, incluso porque, en aquella época, los recursos necesarios para establecer un consultorio eran pocos, en especial desde el punto de vista del equipamiento material. Así, las buenas calificaciones en la universidad y ciertas virtudes personales —como disposición, paciencia y atención— sumadas a un acertado desempeño terapéutico, parecieran ser recursos suficientes para captar y garantizar una clientela.

Cuando yo armé el consultorio, el equipamiento no era muy caro. No era barato tampoco, pero no era demasiado caro. Daba para que un médico recién recibido lo arme, porque no tenía nada especial. Tenía su cabeza y el resto eran cositas sencillas... Cuando yo armé el consultorio, en aquel tiempo todo era simple. Solo tenía que tener un sofá, una mesa quirúrgica para las cosas simples, para pequeñas cirugías, equipo de esterilización y tenía mi escritorio. ¡Era simple, simple! No tenía nada de más. Era más para Clínica. Yo no llegaba a hacer electros, por ejemplo. En aquel tiempo comenzaron a hacer electros, ¿no? Pero eran solo tres derivaciones, era muy raro. De modo que era más auscultar con el estetoscopio. En ese tiempo me llamaron para atender a un cliente de veinte y pocos años. Él estaba con un dolor precordial. Se peleó con la patrona y durmió en la calle. Ahí, a la mañana se fue a jugar a la pelota. Y tuvo un infarto. Entonces me llamaron. Es decir, hay muchas cosas en juego ahí, ¿no? La parte psíquica, la pelea, eso, aquello... Muchas cosas en juego. Pero puede ser, puede no ser, pero por si acaso, vamos a esperar. Lo dejé en reposo. Al día siguiente llego y la presión —¡pfs!— estaba allá abajo. ¡Era un infarto! El diagnóstico se hacía así, por la historia, y también porque bajó la presión... Era así en aquel tiempo. (Doctor Silvio)

Los relatos también muestran que algunos aparatos ya se incorporaban a la práctica, aunque eran equipos más simples, que podían insertarse como componentes propios del consultorio. Esos aparatos, además, aparecen también como recurso de fácil adquisición e instalación. Se observa, así, una fase transitoria entre la práctica basada en el uso del saber como único medio de trabajo y la medicina tecnológica, que sitúa esas vivencias profesionales como vivencias de un momento histórico específico: el momento del pasaje, de la transición, en el cual ya hay cierta fragmentación del trabajo, ya existen determinados instrumentos y equipamientos materiales, diagnósticos o terapéuticos. Pero al mismo tiempo, cada médico individualmente, en su trabajo en el consultorio privado, aún es capaz de sostener la propiedad de los medios de trabajo y captar de algún modo a sus clientes. Así, aunque se verifique la presencia inicial de instrumentos materiales ya incorporados, y cierto grado de especialización en el trabajo, el médico aún busca producir un servicio de un modo más autónomo e independiente, subordinándolo a la dimensión más personal que envuelve la práctica: los recursos diagnósticos son mucho menos utilizados y valorados que la anamnesis o el examen físico.

También la clínica, en mi tiempo, era muy diferente. Mirá, no necesitabas tantas cosas, ni se pedían tantos exámenes, yo ni pido, hasta hoy. [...] El profesor Jairo Ramos... Es muy difícil traducir en palabras lo que él era. [...] Exigía el examen del paciente previamente a cualquier análisis de laboratorio. Aquel que pidiera algún examen debía justificar el porqué. Me acuerdo que él se poseía, entraba en crisis cuando alguien decía que los pedía simplemente por rutina. (Doctor Carlos)

Del mismo modo, los recursos terapéuticos aún se disponen bajo el estatuto de una regla personal e individualmente establecida. En los primeros años del período analizado, el tratamiento con fórmulas magistrales es la modalidad privilegiada. La receta magistral, que al inicio del período convive con los primeros fármacos industrializados (las sulfas y la penicilina), para la década de 1960 estaba prácticamente superado. Así, para el doctor Néelson, la formulación es una herramienta de tratamiento importante, mientras que para el entrevistado más joven, el doctor Carlos, que inicia su práctica en la segunda mitad de los años 1950, el mismo recurso es una práctica del pasado. Véase el contraste entre estos testimonios:

Era... es bonito hacer clínica [...] Por eso siempre me gustó: por el razonamiento. Entonces, razonaba y con eso bastaba. Buscaba dar lo mejor. Y formulaba, si era necesario. La fórmula [...] En la facultad se usaba mucho la fórmula y se enseñaba a formular. Y se enseñaba también el uso de medicamentos [...] La cosa fue así: fuimos obligados... Nos obligaron prácticamente a dejar de formular. Porque la persona... Mirá cómo pasa esa parte. En ese pasaje de la fórmula a los medicamentos el enfermo sentía... siente la diferencia ¡sí! El enfermo es un termómetro que..., si hacés bien la fórmula para el enfermo, pero bien en serio, algo que vos... ponés la dosis que considerás que es buena para su edad, para el tipo de contextura, todo, él lo siente. ¡Lo siente en serio! Porque, a veces, recetás el remedio ya listo, de Bayer incluso o de otro buen laboratorio. Es mucho mejor formular, porque con la fórmula das lo que querés. (Doctor Néelson)

Había un conflicto muy serio, porque nosotros ya habíamos aprendido un montón de cosas —incluso en la práctica— en tercero y en cuarto año, y en Terapéutica Clínica que estaba en quinto año. Entonces, nosotros ya entrábamos a quinto año no solo con formación en propedéutica, sino de clínica médica, incluso de tratamiento. Ya habíamos recetado, ya habíamos hecho un montón de cosas. El profesor enseñaba el arte de formular y, para nosotros, eso no nos entraba en la cabeza... hacer una fórmula. Porque ya habíamos recetado diuréticos, digitálicos, remedios para la úlcera... y él venía con la receta, no sé de qué, tanto por ciento no sé de qué... Es decir, era todo... era el arte de formular. [...] Hubo una época en la medicina, aquí, que todos formulaban. Todos formulaban. Me acuerdo de farmacias pequeñas, cerca de mi casa... Cuando era niño, allá en Bela Vista [...] De a poco se fueron infiltrando los medicamentos industrializados. Cuando me gradué, nosotros ya teníamos prácticamente todo hecho. Claro que ni comparación con lo que se hace hoy, porque... Por ejemplo, diurético, solo para recordar la importancia del diurético. Yo soy de la época del diurético mercurial. (Doctor Carlos)

La articulación de cada médico individual con otros servicios complementarios se basa en la regla de las relaciones interpersonales, en las que la vinculación deriva

del conocimiento y de la confianza personal. Cada médico mantiene, por lo tanto, el control total sobre cada caso particular: es *su* paciente el que deriva al laboratorio o a la clínica radiológica de *su* conocimiento. Estos últimos servicios, a su vez, también solo se reportan directamente al médico que los recomienda quien, de esa forma, representa al “propietario” del caso, pues es el único agente de práctica y su único responsable.

La relación era más personal, también con los laboratorios. Era muy común que el laboratorio te llamara por teléfono cuando aparecía una glucemia de 400. La persona iba solo para extraer sangre, pero ciertamente el tipo te llamaba por teléfono pidiéndote que mandes de nuevo al enfermo para rehacer el examen... Esos cuidados que hoy no tenés. Porque la cosa se automatizó mucho, la persona entra en un número de computadora. Es la historia tal: él no está haciendo la glucemia del señor, qué se yo, por ejemplo, “José”, cliente del doctor “Luis”. Él está con la batería de tubos que tiene en frente... en un sistema automatizado [...] Antes el médico que hacía el laboratorio, él mismo miraba los casos y, a veces, sugería algún examen. Es decir... Había menos gente, había menos población... Él tenía tiempo de ver el pedido, ver quién era, tenía tu pedido en la mano... Si encontraba alguna cosa rara, iba a tener el cuidado de llamarte por teléfono. Y la otra cosa que está cambiando mucho son los informes de radiología que eran muy detallados. Venían con verdaderas clases de diagnóstico. Era una manera del colega... del radiologista de mostrar erudición... y te orientaba, ¿no? No la descripción de la imagen. Hoy —como ves— la gran mayoría de ellos se restringe a la descripción de la imagen. ¡Nada más! A veces hasta ni eso viene descrito. Eso... hasta el cliente lo siente. (Doctor Luis)

Igual relación se establece en la articulación entre los diversos servicios médicos: será el médico del caso el que solicita y supervisa la presencia del especialista, en la famosa “junta” o “conferencia médica”, siempre que sea necesaria la presencia de otra consulta médica complementaria. A esta situación se refiere la doctora Emilia, ginecóloga y obstetra —ya una “especialista”— cuando relata su relacionamiento con otras actuaciones complementarias, otros colegas. Así, no se trata de la derivación a otro médico, especialista, sino a la solicitud de apoyo de un saber específico para el caso que continúa siendo del médico que diagnosticó primero la situación y a quien el paciente recurrió en primer lugar:

En el caso de necesitar otro especialista, en aquella época ya había especialistas... Porque antiguamente, había, por ejemplo, “conferencias médicas”, que hoy ya no hay más. Entonces, si el caso era más oscuro, llamábamos al profesor para que diera su parecer. En esos casos de conferencia, el profesor era quien nos orientaba y nos dejaba el caso, o nosotros le pasábamos el caso a él, dependiendo de las circunstancias. Y tenía conferencias médicas con otros especialistas también. Por ejemplo, un cardiólogo ¿no? Hoy se hacen derivaciones hasta con endocrinólogos en los casos de... hipotiroidismo, hipertiroidismo... Se hace de rutina eso, ¿no? Pero, generalmente, yo no llamaba mucho, no. Nosotros hacíamos esa medicación médica [en referencia a la clínica médica] Nosotros éramos médicos y especialistas. Pero éramos, primero médicos. Y los casos más leves los tratábamos nosotros mismos. Cuando llamábamos a una figura... ¡era un especialista en serio! Y siempre de conocimiento, así, personal. Generalmente eran los profesores de la propia escuela a los que yo llamaba. Y nos comunicábamos directamente. No había... tenía que tener un vínculo estrecho entre el especialista que era llamado y el médico que estaba tratando al paciente... (Doctora Emilia)

El resultado de esa forma de articulación entre servicios parcelados es mantener el control de la práctica, y el control sobre sus efectos, bajo el monopolio de cada médico individual, configurando un trabajo profesional cercano a la representación del ejercicio autónomo-independiente que se corresponde con la figura tradicional del médico. Lo que todavía se sigue identificando con la sabiduría individualizada del médico no es solo el aspecto relacional entre el médico y el paciente, sino la cara más técnica en la producción del cuidado. Esto refuerza la tradicional noción de la experiencia clínica personal como base del saber, y reitera la construcción de representaciones en las que el trabajo profesional se daría, principalmente, con base en ese comportamiento personal.

La raíz, por lo tanto, de ambos aspectos de la práctica —el del esfuerzo personal en hacerse médico y el del desempeño profesional por el que se torna reconocido como médico— reposa sobre la base objetiva de la estructuración de ese trabajo, en el que el uso personal del saber es aún su medio principal. Así, una vez que lo posee, a través de la escolarización, no hay nada que aguardar para establecerse profesionalmente: para iniciar la práctica clínica es suficiente obtener el diploma, el resto parece depender tan solo de la voluntad personal.

Esa forma de pensar la práctica seguirá siendo válida incluso dentro del área quirúrgica, dado que la cirugía se indicaba con mucha cautela en esos años previos a 1950. En este sentido, la operación y el posoperatorio eran situaciones de extremo riesgo: la ampliación del tiempo y la comodidad en la cirugía, como también las posibilidades de evitar o combatir las infecciones, e incluso las posibilidades de mantener el equilibrio hidroelectrolítico del paciente en el posoperatorio son conquistas incorporadas a la práctica médica con posterioridad a 1940, en Brasil (Etzel, 1987). Hasta esa época no existía el uso intravenoso de las soluciones de suero glucosiológico, y la anestesia residía en el uso del cloroformo o del éter, en las famosas máscaras abiertas, a través de las cuales, como cuenta el doctor Silvio, rápidamente se identificaba quién era, entre los médicos, un cirujano:

Antiguamente, quien hacía la anestesia se enfermaba más que el paciente. Se usaba esa máscara de éter. Entonces, tenías que meter eso en la cara del paciente, pelear con el sujeto, porque no quería. El anestesista respiraba más éter que el enfermo. Entonces veías ahí: “¿Vos no estás con hepatitis?” “¡No! ¡Yo soy cirujano!” ¡El estaba todo amarillo!

El recientemente creado uso del anestésico local presidía ciertas cirugías más comunes, como las que se realizaban en el tratamiento de la tuberculosis y de las úlceras, bajo condiciones rigurosamente problemáticas:

...era una lucha amarga y clínica entre el cirujano que pedía que tuviera paciencia, que era solo una sensación de tacto y no de dolor, y el pobre infeliz que gemía con toda la razón del mundo. Caricaturizando, sería como decirle al paciente “vos pensás que duele, pero no duele”. Pero la operación tenía que hacerse, pues la anestesia general con éter, en caso de enfermedad pulmonar, estaba fuera de lugar. Era operar e intentar la cura o dejarlo morir por la progresión de la enfermedad. (Etzel, 1987)

La garantía contra la infección residía solo en la asepsia y en la esterilización, no siempre muy eficaces. Una vez instalado el proceso infeccioso, las medidas terapéuticas subsiguientes tenían, de hecho, resultados bastante dudosos, pues los primeros quimioterapéuticos, como las sulfas, y el primer antibiótico, la penicilina, aparecieron en la posguerra, en 1945, y la disponibilidad en el mercado no siempre era suficiente para un amplio consumo, tal como lo relata la doctora Emilia. En su narrativa también se observa el pánico de las pacientes al hospital:

En aquel tiempo, la Cruz Azul [...] fue la primera organización que tuvo atención al parto domiciliario pagado por la institución. Los partos domiciliarios los hacían las comadronas, personas más o menos preparadas... No había muchas personas formadas, porque fue la Maternidad San Pablo la que hizo la escuela de parteras, allá por 1913. De manera que eran unas personas adaptadas, por así decir, al servicio y controladas hasta cierto punto por médicos [...] La partera nos llamaba por alguna cosa y nosotros nos atrevíamos, en aquel tiempo, a hacer algunas intervenciones en casa. ¿Ya vio eso? Y no teníamos infecciones. Por ejemplo, la partera llamaba a una hora. Después, el parto se modificaba... Y cuando llegaba la hora, las condiciones eran diferentes. Entonces, resolvíamos los problemas con algunas pequeñas intervenciones que se hacían en el domicilio. Y, solo si necesitaba una intervención mayor, se trasladaba la paciente al hospital, porque las propias pacientes no querían ir al hospital. En el parto, no. Nadie quería el hospital, por miedo a las infecciones.

Incluso en el área clínica, el electrocardiógrafo, por ejemplo, que hoy es un instrumento tan simple, si bien ya formaba parte de la noción de equipamiento necesario para el doctor Carlos en los años 1950, no era algo tan común, un recurso generalizado para cualquier práctica, como en la actualidad. De hecho, pocos sabían usarlo de modo preciso y mucho menos interpretar los trazos gráficos. La electrocardiografía, cuyo uso clínico se dio, en San Pablo, a inicios de los años 1930, recién después de 1940 comenzó a ser una técnica un poco más difundida, a través de la Sociedad Brasileña de Cardiología de 1943 (Leme, 1982; Murad-Netto, 1984).

En las décadas de 1930 y 1940, por lo tanto, el desempeño profesional se podía caracterizar aún como un acto de discernimiento y de intervención simultáneamente apoyado en el *conocimiento* y en la *creatividad*. Todo eso para que el médico pudiese decidir entre la cautela o la osadía, que lo obligaba a ajustarse a una observación clínica *atenta y paciente*. La medicina sería, entonces, un desempeño que dependía del *arte*, a partir del cual se orientaban diagnósticos y se definían medidas terapéuticas, por ejemplo, la observación expectante de la “crisis del sétimo día” de la neumonía; o los ingeniosos intentos de combate a la infección; o a la atención persistente y paciente que acompañaba el parto normal; o aun, las medidas heroicas y súbitas de la “desesperación salvadora”:

Cuando aún no teníamos los antibióticos ni siquiera las sulfas, los cuadros abdominales posteriores a todo tipo de intervenciones eran parálisis intestinales, era un cuadro muy mórbido, en el posoperatorio. Entonces, llegaron las sulfas, el anaseptil peritoneal, y el anaseptil líquido. Ella se operó y le dieron el alta. En aquel tiempo, el alta no era así, irse dos días después de la operación, no. Se esperaba seis, siete días. Y recuerdo que yo era interna en el hospital y tuve la osadía... cuando fui a darle el alta, pasé

y vi a otra mujer que tenía el sueño de la enfermedad meningea: “¡Dios mío! ¡¿A esta mujer le dieron el alta?!” Entré, le puse el termómetro y tenía 40° de temperatura. Me senté en la cama, agarré una aguja y puncé el raquis: salió líquido opalescente, e inmediatamente le inyecté dos ampollas de anaseptil —que nunca había usado— dentro de la vena. Los dedos de ella se pusieron oscuros, ¿sabes? Ella tuvo una reacción tremenda. Pero ya había sacado líquido para analizar y dio meningitis neumocócica. Porque ella había tenido una neumonía. Y esa mujer se puso bien. (Doctora Emília)

Al comienzo, en mi consultorio, el impacto de estos remedios, de la penicilina y de las sulfas fue algo bueno para mí. Tratar una neumonía, antiguamente, era difícil. Era difícil. Eran siete días. En el séptimo día se rezaba a todos los santos que hubiere para que todo salga bien porque el séptimo día era peligroso. Entonces, después vinieron las sulfas, en dos, tres días, sacaba todo. Es decir, continuaba el proceso por dentro, en el interior; pero el sujeto se iba sin fiebre, se iba sin nada [...] En aquel tiempo se tardaba siete días en tratar la neumonía y yo acompañaba al enfermo todos los días, los siete días yo iba a visitarlo. Daba más trabajo. Era difícil, no era fácil. El séptimo día se producía la “resolución”. Porque, a veces, en esa resolución —yo no sé por qué— el organismo reaccionaba demasiado, o reaccionaba muy poco. A veces el paciente no aguantaba la reacción y moría. [...] Yo tenía éxito en el diagnóstico y en el tratamiento. Yo perdí poca gente. Era difícil que yo perdiera a alguien. (Doctor Silvio)

Todos los entrevistados tienen un caso “heroico” o un diagnóstico “fantástico”, un hecho personal. En ese período inicial de sus vidas, encuentran en el *arte médico* una dimensión aún muy relevante para el acto técnico. La fuerte presencia de ese arte se evidencia en el uso de esa mirada científica, hasta entonces, poco armada por el equipamiento, y que primero indaga para “ver” a través del síntoma, de la queja, de la palabra y de la superficie del cuerpo. Por eso también ese período representaría, desde la perspectiva de la posición social e individual del médico, un “tiempo mejor”, sea por el dominio más amplio que ejerció en forma personal sobre su enfermo, sea porque como consecuencia de esa dedicación, de ese buen discernimiento y, a veces, osadía, se concedía a cada médico individualmente el valor y el prestigio de la profesión. La confianza y el crédito no se destinaban solo a la medicina, al saber científico-tecnológico, sino a la persona del médico, en la figura de aquel individuo particular:

En aquel tiempo, todo era mejor porque... fijate bien: en primer lugar, no tenías muchos recursos en términos de hospitales. Por ejemplo, los recursos hospitalarios eran pocos. Había algunos hospitales antiguos como el Santa Catarina, el Hospital Matarazzo... Eran hospitales donde podíamos internar a nuestros enfermos. Pero había pocos hospitales. Y poco equipamiento. Entonces, ¿qué sucede? El médico tenía un poder de discernimiento, tenía los conocimientos para hacer diagnósticos, independientemente de los exámenes complementarios. Los exámenes complementarios eran raros. No se pedían con la frecuencia que se piden hoy, como la radiografía. El médico hacía un diagnóstico de neumonía o bronconeumonía percutiendo, auscultando, y así... Es decir, no como hoy, que un médico oye lo que cuenta el paciente e inmediatamente le pide exámenes complementarios antes de examinar al paciente. Eso es lo que se ve hoy. Entonces, la medicina era mejor. El médico tenía... estaba mucho más vinculado a su paciente. Él entendía al paciente, convivía con el paciente, sentía todos los problemas del paciente... A veces, iba a la casa del paciente sin que lo llamen, por su libre y espontánea voluntad, para corroborar la situación de su paciente. Entonces, era una medicina mejor. ¡Indiscutiblemente! (Doctor Antonio)

Resulta necesario considerar, además, que las mismas condiciones objetivas que posibilitaron la presencia de una amplia libertad de decisiones y desempeños concretos, simultáneamente circunscribirían los momentos, los espacios y los modos socialmente viables de realización de ese desempeño personal, más allá de que valores como la responsabilidad y dedicación conformaran la libertad. Vale decir que es la organización social de la producción de servicios médicos históricamente dada, que determina cuándo, dónde y cómo se podrá efectivizar el “poder personal”. En ese sentido, el hecho de que todos los entrevistados sitúan el inicio de sus vidas profesionales como una evocación del tiempo en el que era posible ser autónomo, independiente, ser “libre”; era posible hacer una “medicina pura”, sin mecanismos comerciales para captar y mantener a los clientes. A todos ellos, les pareció que podrían haber hecho solo la clínica de consultorio, aunque de hecho no se hayan restringido a ella; como también sintieron que simplemente “montaron sus tiendas” y esperaron la demanda espontánea de los pacientes, lo que tampoco fue exactamente lo que hicieron. Efectivamente, esas posibilidades más libres estarían más cercanas a la realidad concreta de unos y no de otros, diferenciando los médicos entre sí, tanto desde la perspectiva diacrónica como los que se graduaron en la misma época.

Incluso al interior del patrón relativamente más homogéneo de la práctica de ese período, en contraste con el patrón tecnológico actual, se crearon modalidades diferentes, técnica y socialmente, del ejercicio profesional. Por otro lado, si la base material de la práctica posibilitaba, entonces, esta aprehensión ideológica de la clínica de consultorio como una estructura que resultaba exitosa a través de la voluntad y del empeño personal, las opciones personales significaron, de hecho, actos socialmente definidos: comportamientos individuales en los que la forma social de organización del trabajo determina cierto proceder, para que la práctica se realice como acción personal en su carácter de práctica “liberal”. Solo un engranaje *social*, pero que se realiza sobre una amplia base de acción personal y que puede ser entendido, a primera vista, como una opción esencialmente personal, es capaz de transformar en prestigiosa la forma históricamente posible, en ese momento, del médico pequeño productor privado y aislado de los servicios.

Los referenciales de la libertad

Hay dos tipos de factores limitantes para esa autonomía individual. Ellos, sin embargo, no se presentan ante los médicos y ante la sociedad de un modo similar, porque solo uno de ellos muestra de forma más evidente ser un obstáculo para la libertad de acción. El primer tipo está constituido por elementos estructuradores del desempeño personal, que homogeneizan los procedimientos y aproximan a los médicos a una misma identidad profesional. Por eso mismo, al estructurar los comportamientos personales, no parecen impedirlos, y al uniformizarlos, ni siquiera parecen ser sus conformadores. El segundo orden de factores limitantes ya diferencia y distribuye a los médicos, técnica y socialmente, en situaciones de práctica

profesional muy diversas entre sí. Se evidencian de inmediato, por eso, como condiciones sociales limitadoras del “poder personal”.

Al primer conjunto de factores mencionado, que da uniformidad a la profesión, se podría denominar como conjunto “estructurador de lo informal”, pues estos factores se refieren a un ordenamiento de la práctica clínica en el consultorio privado, mediante el cual cobran forma y sentido ante la sociedad sus cualidades para captar a los clientes de manera informal y su desempeño personal y profesional como médico. Gracias a ese ordenamiento, el médico conseguirá implementar su práctica con una relativa independencia, con relación a los aspectos más directamente económicos, políticos y sociales que se articulan a la profesión, es decir, establecerá mecanismos de razonable autonomía en la producción de su servicio, respecto de las condiciones de la vida social en general. Por eso, la libertad en el desempeño personal parecerá muy amplia, y el éxito de la práctica parecerá anclado en un esfuerzo personal. En esa misma dirección, la práctica de consultorio también será identificada con la propia profesión: ser médico será *hacer* consultorio, es decir, establecer una clientela suya (del médico) y trabajar “libre”, “independiente”.

Se trata, no obstante, de un estar “suelto” que se organiza en determinados mecanismos sistemáticos de existencia. Nótese, por ejemplo, que el lugar, la forma, la comunicación y el horario de la práctica del consultorio se fueron consagrando a través de una dinámica de captura de clientes que, reiteradamente, “obliga” a disposiciones y procedimientos siempre similares. Son reglas y normas apropiadas de organización del trabajo bajo determinadas maneras de demarcar el espacio, el tiempo, la identificación del médico en la constitución de la práctica profesional, y que se articulan a la propia medicina de consultorio privado.

Y después me quedé solo en obstetricia y ginecología. Esta elección fue porque a mí siempre me gustaron mucho las enfermedades de señoras. En aquel tiempo eran “enfermedades de señoras”. Hasta en la placa decía: “enfermedades de señoras”. No era ginecólogo, ni obstetra; era “enfermedades de señoras”. O ponía partero o era “médico de señoras”. Ya a mí me gustaba más lidiar con el sexo femenino, ¿no? No sé... La simpatía, la propia especialidad me llamó más la atención. La parte de obstetricia, entonces, la consideraba muy interesante, ¿no? En el comienzo, la placa que coloqué allá en el consultorio no hacía referencia a estas especialidades. Fue mucho después. Al inicio decía clínico general de adultos y niños. Hoy en día no se hace más eso, ¿no? Poner la placa. Había una placa grande y una placa más chica en la entrada de la puerta, con el nombre, la especialidad... “clínico general”, “enfermedades de señoras”, a veces se ponía “parto”, o si no “enfermedades de niños”, y no pasaba de eso. Ah, y ¡estaba iluminada! Ese detalle era importante. Estaba iluminada. A la noche se encendía. Y había una de metal, chiquitita, en la puerta. La más grande estaba iluminada. Llegaban las seis, siete de la tarde, prendías la lucecita y ahí iluminaba. Mi consultorio estaba en frente a una plaza grande, entonces la gente veía de lejos el letrero, ¿no? Esa era la forma en que las personas sabían que ahí había un consultorio. Era un lugar muy bueno porque estaba la plaza y arriba de una panadería. En general los consultorios o estaban arriba de la panadería, o arriba de la farmacia. Antiguamente, a los médicos les gustaba mucho más arriba de la farmacia y los farmacéuticos le daban una manito. Cuando alguien iba y compraba cualquier producto, el farmacéutico decía: “No. Hay un doctor aquí arriba, vaya a atenderse mejor, para orientar mejor la compra del producto...”. O, si no, arriba de una panadería. Antiguamente las panaderías eran

negocios grandes, y yo tenía diversas salas. Entonces, ayudaba bastante como punto de referencia. Siempre se elegía un punto también. Y a mí me resultaba interesante que siempre se ponía un consultorio al lado, cerca de otros médicos. Nunca quedarse aislado. Yo tenía la impresión que, aislado, no te prestaban mucha atención. Yo no sé por qué, cuál era el motivo. Pero, si había otros médicos cerca, entonces las personas iban justamente donde había dos, tres, cuatro médicos. (Doctor Fábio)

La placa —la pequeña, de metal, en la puerta; la más grande, que se iluminaba a la noche o se destacaba—; la cercanía con la panadería o la farmacia; una plaza o los edificios y lugares “de médicos”; el discreto aviso ocasional en una revista (médica), el horario “noble” que se establece para la atención en el consultorio, son formas de organizar la práctica y de orientar a los clientes. La placa, sobre todo, parece ser la publicidad que médicos y pacientes aceptan y reconocen:

El consultorio, la vida clínica privada, vamos a decir, yo comencé inmediatamente cuando terminé la carrera, que fue más o menos en enero... Yo terminé en diciembre y en enero comencé mi actividad médica privada en el consultorio. Entonces monté un consultorio inicialmente en el barrio donde yo vivía, que era el Brás. Y me quedé ahí durante casi un año. Mi consultorio era un consultorio de frente a la Avenida Celso Garcia, con dos salas... Y los primeros clientes —como tenía placa afuera— los primeros clientes fueron apareciendo, de paso, fueron apareciendo... despacito, fui consiguiendo hacer clínica privada. (Doctor Antonio)

Los pacientes eran del propio barrio. Yo tenía una placa “Dr. Mauricio. Ginecología y Obstetricia”. “Enfermedades de Señoras” yo ponía, ¿no? Entonces los pacientes iban apareciendo. (Doctor Mauricio)

En ese tiempo de “competencia discreta” por los clientes, se los captaba a través de las placas o como máximo un discreto aviso a los propios colegas, en una revista médica, pues cualquier actitud que asuma un carácter explícito de propaganda masiva era condenada:

Nosotros estábamos en otro mundo. Todo era diferente. Impresionante. No es posible imaginarse lo que era la vida en aquella época. Era simple, tranquila, la ciudad era pequeña, todo muy limitado... Tengo la impresión de que incluso las complicaciones eran mucho menores. Mirá: había un único... servicio de urgencias en San Pablo: el municipal, que era atención pública, y un servicio de emergencias particular, que era el famoso 7-7777. El teléfono tenía el prefijo 7 seguido de cuatro sietes. Pertenecía a un médico que había sido amigo de mi padre también, remero de un club deportivo que existía hasta hace poco tiempo, allá en la vera del río Tietê, que se llamaba Asociación Atlética de San Pablo. Su nombre era doctor Mário Tobrini Costa. Falleció hace poco tiempo. Era un gran cirujano y siempre fue muy mal considerado en el medio más elevado, más académico. Ese doctor Mário Tobrini Costa tuvo la brillante idea de crear el primer servicio de emergencias particular de San Pablo. Se llamaba Centro de Emergencias Santa Inês. Pero como él era un sujeto muy atrevido, hacía cosas que, en aquel ambiente medio provinciano, caían pésimo. Porque las personas eran muy conservadoras. La moral era muy diferente a lo que es hoy. Muy diferente. Porque él hacía publicidad hasta en la radio, y eso era un escándalo. Sonaba una sirena y ahí venía el anuncio: “17-7777! Centro de Emergencias Santa Inês”. Él hacía una propaganda grandilocuente. (Doctor Carlos)

En el trabajo con la memoria, los recuerdos se articulan a lo que el pensamiento aprehende del presente vivido por el entrevistado, y es con base en esas cuestiones del presente que se hace el trabajo de reflexión, la recuperación del pasado. La evocación de esa “sirena en la radio”, que marcó al doctor Carlos, contrasta de hecho con aquella situación y no con la actualidad, en la que a cada instante, entre las publicidades de televisión, aparecen anuncios de propaganda de tal o cual servicio médico o seguro de salud. Es eso que llama la atención el procedimiento “escandaloso” que aparece en el relato anterior. Véase el testimonio del doctor Néelson:

¡Siempre insistí! Siempre fui perseverante, paciente. Pero sin propaganda, sin nada. Y yo confiaba en los clientes, que uno recomendara a otro. Cosa que hoy ya no existe más. Hoy es... se necesita... la lucha está en la propaganda del servicio. Es necesario hacer propaganda. Como hacen varios afamados ahí en la revista. Estamos a la par de eso. Muchos afamados, colegas, que hacen propaganda en las revistas. Prometiendo... haciendo hasta... propaganda de curas difíciles en serio, problemáticas... Pero lo hacen, ¿no? Entonces, es así. Yo nunca hice propaganda, prácticamente nunca hice.

Por esa razón es importante situar el procedimiento del anuncio “discreto” como constituyente de las condiciones de un todo, pasado, del que formaba parte. Tal cual lo relata el doctor Antonio, lo que no resultaba necesario, como el anuncio en la radio, era tildado como “acto exagerado” y marginalizado por los patrones dominantes de la época. Estos últimos se pautan en la “discreción comercial”, que es posible por la propia oferta limitada de servicios. Pero, como narra el doctor Antonio, cerca de los años 1930 y 1940, la profesión aún representaba buenas oportunidades:

La medicina era, como fuente de sustento financiero, muy buena. Por una razón muy simple: porque no había atención médica especial, ni del INPS y ni de las sociedades de medicina prepa. Entonces, ¿qué sucedía? El médico salía de la facultad y al día siguiente montaba su consultorio —en su casa o en cualquier otro lugar— un consultorio más rico o menos rico o más pobre y ya comenzaba... los clientes empezaban a aparecer. Y el individuo podía vivir perfectamente sin ningún empleo, solo con los ingresos del consultorio. Tanto que, hasta esa época... de manera general, casi todos los médicos más..., vamos a decir..., más actualizados..., trabajaban en la Santa Casa a la mañana y en el Hospital de Clínicas³, después que se establecieron las clínicas. El Hospital de Clínicas se inauguró en 1944. Antes de eso, quien agrupaba... a todas las clínicas universitarias era la Santa Casa. Entonces, los médicos —casi todos, por lo menos los mejores— prestaban servicios a la mañana en la Santa Casa, de forma gratuita. ¡Nadie cobraba nada! Y, a la tarde, de las dos en adelante, trabajaban en sus consultorios, atendiendo un número razonable de clientes, y visitas domiciliarias, etc. De modo que, hasta aquel momento, la medicina podía ser desarrollada como profesión y le garantizaba al médico un nivel económico y social muy bueno. (Doctor Antonio)

³El Hospital de Clínicas es, desde su construcción, el hospital-escuela de la *Facultade de Medicina* de la *Universidade de São Paulo* (USP). Al igual que la Santa Casa, brinda asistencia gratuita pero como servicio del sector público.

El doctor Antonio relata aquí otra importante regla de la profesión: la división del tiempo de trabajo. El “tiempo de la mañana” estaba reservado al perfeccionamiento de la experiencia clínica individual del médico, razón y viabilidad de la filantropía de las Santas Casas, y de otros servicios gratuitos. Ese “tiempo de la mañana” sería paulatinamente substituido por el “tiempo del empleo”, cuando el trabajo en la propia institución filantrópica o en el sector público pasó a ser asalariado.

Ni bien me gradué fui a trabajar en la iglesia de la Avenida Rangel Pestana, en el quinto piso. Y yo iba a atender a la mañana allá en la iglesia de la Freguesia do Ó [barrio de San Pablo] dos veces por semana y, a la tarde, yo iba a mi consultorio. Y me quedaba toda la tarde en el consultorio. (Doctor Silvio)

A la mañana, fui a trabajar en ginecología en la Santa Casa, con una carta de recomendación traída de Río. Yo trabajé ahí durante quince años. Lo que hacíamos era una medicina social. No existía el INPS. Una vez que me gradué, conseguí un lugar en el Sindicato de Conductores de Vehículos y Anexos, en la Plaza João Mendes. Me quedé un tiempo allá también, a la noche. A la mañana, iba a la Santa Casa, en el almuerzo hacía consultorio en casa, a la tarde iba a la calle Marques de Itu y a la noche iba al Sindicato... una secuencia de asistencia. Pero luego salí del sindicato y me fui al Instituto de Jubilaciones y Pensiones de los Transportes de Cargas, en la calle Nove de Julho. Después hubo una unificación en la previsión, en el sesenta y poco, y en esa unificación nosotros pasamos a pertenecer al INPS. Ahí hacíamos guardia de obstetricia en la Maternidad Matarazzo, después en el propio hospital del Instituto de Trabajadores del Transporte, en Ipiranga, y también en el Hospital Brigadeiro, en la jefatura de obstetricia, una vez por semana. Y en aquella secuencia de vida normal de consultorio, nos quedamos durante algunos años: a la mañana la Santa Casa, a la tarde el consultorio, a la noche los guardias. (Doctor Maurício)

El “tiempo de la tarde” es el tiempo noble de la actividad del consultorio, probablemente por su posibilidad de prolongar la jornada del médico, que se daba a partir de un criterio personal de ampliación o restricción del horario de trabajo, según fuera necesario. Y eso refleja la gran disponibilidad que debía tener el médico para dedicarse a sus clientes, puesto que la jornada “ilimitada” formaba parte de las reglas de la libertad, al igual que la fácil ubicación del médico, a cualquier hora, lo que se relaciona con establecer el consultorio como parte de la casa o vivir muy cerca:

Pero yo soy de ese tiempo. Yo me gradué, terminé la carrera, monté un consultorio en el barrio donde yo vivía y abrí mi consultorio en seguida —un consultorio pobre, naturalmente, porque yo no tenía posibilidades— y comencé a trabajar. Y me quedé en ese barrio durante... creo que un año más o menos, un año, un año y poco y, después, me mudé para acá, donde estoy ahora. Yo me mudé con la familia porque este lugar era muy favorable para mí. Todo el piso superior de este dúplex era mi residencia. Entonces, aquí arriba tenía el cuarto de mis hijos, más adelante estaba mi cuarto, más adelante tenía una sala y aquí, esto aquí, era una cocina. Y mi consultorio era este de aquí, más este corredor y la sala de enfrente. Entonces, yo ya vine para acá y trabajaba aquí. De las dos en adelante estaba abierto mi consultorio. Nada más. (Doctor Antonio)

Aún existe otro momento que conforma el tiempo de trabajo, no tan claramente situado en las partes del día o de la noche, aunque predomine en el período nocturno o en los horarios disponibles de la semana, como los sábados o los domingos. Es el “tiempo del llamado”, de la consulta en la casa del enfermo, dentro de una medicina que se apoya en gran parte en el domicilio. Ese tiempo puede ser el de la urgencia, de la atención aguda y rápida en situaciones de emergencia, y que por eso puede superponerse a los otros. Planteado así, es el paradigma de la *disponibilidad plena* del médico en referencia a su cliente, sobre todo en ese modelo en el que no hay casi formas alternativas de otros tipos institucionales de atención, tal como ocurrirá posteriormente con la instalación de forma más generalizada de los servicios de emergencia. Por esa razón la práctica de consultorio es aún la medicina de los “llamados”:

Nunca me levanté, por ejemplo, de noche, cuando me llamaban de madrugada diciendo: “¡Ay! Estoy cansada. ¡Ay, ay! ¡Qué pereza!” Sonaba el teléfono y yo ya, automáticamente, estaba con los ojos abiertos, el rostro listo, ya saltaba de la cama, y ya iba saliendo. De manera que yo estaba adaptada a mi trabajo. Eso es una gran cosa: tener una profesión en la que sabemos lo que hacemos. (Doctora Emilia)

En el inicio de mi práctica atendíamos “llamados”. Yo tenía consultorio en Agua Rasa y vivía en Agua Rasa⁴. A la noche yo me levantaba, a veces dos, tres veces, por casos diferentes. Entonces... abdomen agudo, o por un caso de parto, o por un caso de una infección, temperatura alta en algún enfermo... llamaban en serio. Y yo salía. En aquel momento no había ningún problema, salíamos de casa... Yo tenía teléfono pero, en general, los clientes no tenían en su casa, entonces ellos venían a buscarme. Pero ellos me llamaban, se iban, volvían, y yo, entonces, iba a pie. Caminaba unos pocos kilómetros, unas cuadras. Y caminaba sin ningún problema a la noche: dos, tres, cuatro, cinco de la mañana, y nunca tuve ningún problema. Según la hora, no había farmacias abiertas, ellos se quedaban esperando en casa o, a veces, me traía los enfermos al consultorio, daba una miradita en las muestras... Yo ayudaba bastante. Eso cambió a lo largo del tiempo. ¡No hay más llamados! ¡Hace tiempo que no me buscan para un llamado! Hoy en día buscan más a los servicios de emergencias. Los propios clientes ya van directo. Después que pasa por la urgencia, entonces, al día siguiente, a veces, vienen a la consulta. (Doctor Fábio)

La medicina domiciliaria significó una alternativa a la internación no solo en cuanto a la urgencia, sino también en cuanto a la gravedad del caso. El uso de la hospitalización como medio terapéutico no fue inicialmente un factor uniforme dentro de la práctica: por el contrario, diferenciaba los actos clínicos. Esta característica se transforma cuando ambas formas de intervención, la clínica y la quirúrgica, en la medicina tecnológica, encontraron en el uso del hospital uno de los patrones de práctica que las aproximaría. Pero en el inicio de la vida profesional de nuestros entrevistados, la medicina se caracterizaba por una fuerte presencia de la atención domiciliaria.

Incluso cuando el doctor Carlos montó su centro de emergencias, la atención que se prestaba se correspondía con la urgencia a *domicilio*:

⁴Barrio de la ciudad de San Pablo.

Ya existían aquí en San Pablo algunos centros de emergencias generales y, en la avenida Angélica, aún existe el Centro de Emergencias Infantil Angélica. Entonces pensamos que lo interesante, tal vez, era hacer un centro especializado solo en cardiología. Yo tengo la impresión de que influyó que la mayoría de nosotros hacía más medicina interna en cardiología, neumología... Entonces quedó así. Atendíamos, con mucha frecuencia cardiología. Pero se atendía de todo [...] Cuando atendíamos, llevábamos un maletín enorme, que tenía de todo adentro. Nosotros llevábamos oxígeno, el electrocardiógrafo y atendíamos en el domicilio y ahí se resolvía el problema. Ahora, era muy cansador. Nosotros teníamos muchos pacientes. Era una responsabilidad muy grande. Y estabas solo. Tenías que resolver [...] Eras el chofer, el médico de guardia... Y no había manera.

Ese “tiempo del llamado”, actualmente desaparecido —“*el famoso llamado a domicilio, que hoy todo el mundo desprecia*”, como dice el doctor Carlos— era una característica importante del trabajo médico, que viabilizaba la identificación de ese trabajo con la imagen del sacerdocio, una forma de *servir desinteresada* y de *dedicación total*. A esta imagen, se acoplaría otra, que trasciende relativamente a la técnica, y se funda en los *hechos heroicos* mencionados. Es tan relevante la medicina domiciliaria, que es elegida para simbolizar el “alma esencial” de esa profesión: *¡Doctor, aquí está su sombrero!* es el título-tema del discurso de graduación, como confiesa uno de los entrevistados. Elegir esa referencia al “llamado” para una ceremonia de finalización de la carrera, evidencia un homenaje a ese acto de “servir al otro” y, al mismo tiempo, la exhortación al valor concebido para ese trabajo: esa expresión que representa la despedida del llamado, el personaje a quien el enfermo agradecido le restituye el sombrero, no puede ser representado solo como uno más entre los distintos tipos de trabajadores de la sociedad. Por eso mismo, el “llamado”, tan estrechamente vinculado a la persona del médico, no solo personaliza a la medicina, sino que también, y al mismo tiempo, la hace trascender al mero trabajo e incluso a lo “humano”, para situarla en el orden de lo “divino”, de la “salvación”:

La consulta se hacía de la siguiente manera. Era raro que las personas tuvieran auto, incluso entre los médicos. Entonces, cuando llamaban al médico, él iba a atender a domicilio, el famoso llamado a domicilio, que hoy todo el mundo desprecia. Iba en taxi. El taxi lo esperaba, y por más increíble que parezca, la familia, además de... de servirle cosas, le pagaban la consulta en el momento y, además, el jefe de familia o alguien, iba hasta el taxista y le pagaba el viaje de ida y vuelta. Entonces, el médico era una persona santificada, muy especial. (Doctor Carlos)

En la medicina tecnológica la práctica pierde progresivamente esas dimensiones de personalización y de sacralización, a la par que se estructura progresivamente sobre las bases impersonales y objetivas de la tecnología material. En consecuencia, presenta una forma de organización social cuya demarcación de los lugares y de los períodos ya es más típica del trabajo cooperativo de la producción capitalista y con las separaciones temporales y espaciales que le son propias: el tiempo y el espacio *personal*, en contraste con el tiempo y el espacio *laboral*. El punto de fractura se da, en este caso, entre lo individual-privado y el trabajo colectivo, lo cual genera

divergencias entre esas dos dimensiones de la vida social. El espacio que cada uno ve como suyo, al igual que el tiempo que cada uno concibe como dedicado a sí mismo, no es el del trabajo, sino el otro, que es el que actualmente las personas conciben de forma positiva para vivir.

La separación y oposición entre el momento de trabajo y el otro (de no-trabajo), como también la identificación de este último con el momento de vivir, se origina en la propia alienación del trabajador en el trabajo, en el que el productor directo se ve marginalizado de la concepción de su trabajo y no reconoce esa actividad como parte de su vida personal. Al contrario, forma parte de una vida que siente que le fue apropiada por otros (el patrón, el empleador) y alienada de sí mismo. Esas divisiones entre el vivir y las representaciones vinculadas tienen como base las condiciones objetivas de trabajo, tanto a través del horario fijo, como a través del lugar de trabajo separado de los lugares que el trabajador reconoce como suyos, y sin ninguna identidad posible con los espacios más personales, como sería el caso del domicilio, por ejemplo. Esa forma de espacializar la vida, ordenando su tiempo, no existe en el modo artesanal de trabajo y son originadas en la forma capitalista de concebir y realizar la producción.

La medicina de consultorio, que se encuentra en las narraciones de los entrevistados, se integra a sus respectivas situaciones de trabajo asalariado en un tiempo de transición histórica. Y en el empleo público o privado, el médico encuentra demarcaciones fijas de sus tiempos e independientes de la actividad de consultorio. Desde esa perspectiva, aquellas otras situaciones de trabajo le imponen límites “desde afuera” a la práctica del consultorio. No obstante, en esta transición aún es posible reconocer una medicina “personal” y de gran dedicación, tanto por los “llamados” que en esta etapa aún eran frecuentes, como por la forma concreta de configurar los espacios de la práctica y un “tiempo de libertad”:

Cuando yo abrí el consultorio por primera vez en Agua Rasa, me quedaba allá por la tarde y de mañana en el hospital. Por la mañana, siete y media, ocho horas, iba para el hospital, me quedaba allá hasta el mediodía, almorzaba en el hospital, y después volvía al barrio nuevamente, donde tenía el consultorio y donde vivía. Y allá atendía hasta las ocho, nueve, diez de la noche. En fin, hasta la hora que fuera. Y dormía allá; vivía allá. (Doctor Fábio)

Por eso se podría decir que, en la transición a la medicina tecnológica, el “tiempo de trabajo” se reparte también, cuando la actividad del consultorio (el tiempo de consultorio) es el que expresa, sobre todo, el *tiempo de la profesión*. De ahí que la práctica de consultorio deba ser iniciada precozmente, porque su inicio es la marca del propio inicio de la vida profesional, tal como lo menciona el doctor Carlos, para quien comenzar “tardíamente” el consultorio, luego de algunos años de haberse graduado, significó retrasar el comienzo de la vida.

La elección del lugar y las formas más o menos aisladas de instalar el consultorio también obedecen al criterio que permite combinar, por un lado, el fácil acceso y su rápida identificación, lo cual se produce a través del establecimiento del consultorio

en espacios ya comercialmente caracterizados, como el centro comercial, la panadería o la farmacia, insertando el consumo de servicios médicos entre otras situaciones de consumo y hasta cierto punto aproximando el trabajo del médico a “algo comercializable”. Por otro lado, sin embargo, también es necesario diferenciarse y separarse de un comercio “común”, de un consumo cualquiera, buscando formar conglomerados propios o “espacios privativos” en la identificación de un lugar exclusivamente apropiado para tales servicios, siempre manteniendo el carácter de individual de los consultorios: se establecen los “territorios médicos”, que no son “sociedades médicas” sino consultorios cercanos, o que están en el mismo predio, porque lo importante aquí sigue siendo “trabajar solo”.

Sucedía con otros y sucedía conmigo también, ¿no? De forma que eso era muy común: a los médicos no les importaba estar cerca así de otros médicos. ¡No! No tenían esa vanidad, no. A mí me gustaba. Siempre me quedaba más... De hecho, tenía mis dos colegas, cerca, bien cerca. Nunca me quedé aislado, ¡no! Pero el consultorio era solo mío. Solo mío. (Doctor Fábio)

Yo me gradué y salí a buscar un consultorio para atender. Y, naturalmente, no podía gastar mucho. Y el Sales Gomes me dice: “Mirá, yo tengo un consultorio ahí. Si querés venir, alquilás la sala”. Es decir, él dividía solo el espacio, él me alquilaba esa sala. Pero yo no tenía nada que ver con el servicio de él. Es decir que los dos primeros consultorios yo alquilaba. El tercer consultorio lo alquilaba también, pero después lo vendían a quien estuviese allá, ¿no? Para que los inquilinos mismos lo compraran. Y compré el consultorio. Y me quedé siempre solita. Siempre solita. Algunas veces tenía algún colega nuevo, que quería comenzar a hacer clínica, entonces quería alquilar, por un tiempo, un consultorio al lado que no era el mío, y él se quedaba. (Doctora Emília)

Esas formas comunes con que los médicos organizaban el trabajo en el consultorio señalan la homogeneidad, la existencia de una sola identificación, tanto en el modo de anunciarse ante el público, como en la elección del lugar, o aún en la demarcación del horario de trabajo.

Sin embargo, tales uniformidades están subordinadas a elementos diferenciadores de la práctica de estos médicos y de estos trabajadores entre sí, que conforman aquel segundo conjunto de factores mencionado al inicio que los distribuye en distintas posiciones en la organización técnica y social de la producción de los servicios. Se trata, entonces, de la *diferenciación* al interior de la profesión.

Las mayores o menores posibilidades que cada médico a nivel personal podía encontrar para delimitar un campo de acción más restringido, una práctica más especializada, para demarcar un horario más fijo y limitado en el consultorio, o para usar dispositivos más o menos comerciales e ingresar sus servicios al mercado, son gamas de variaciones posibles dentro de un mismo proyecto tecnológico y asistencial, que distinguen a los médicos entre sí a través de la producción de servicios más identificados con lo popular o con las elites.

Uno de estos elementos conduce a la ubicación del consultorio al interior de una territorialización de lo urbano donde el centro de la ciudad corresponde al espacio de las elites y de los estratos más ricos de la población, y la periferia de la ciudad

corresponde al espacio de vivienda, circulación y consumo de los más pobres: los obreros, los chacareros, los pequeños comerciantes. Vivir en el centro o en la periferia define socialmente al ciudadano: ser *médico del centro* o *médico de barrio* separa y distingue a la medicina de los más ricos, de la medicina de los más pobres; al médico de la elite y prestigioso, del “más común”.

Respecto de ese modo de diferenciar la práctica profesional, dos aspectos llaman mucho la atención. El primero de ellos se refiere al hecho de que esa geografía social se constituya en un elemento nuclear de la diferenciación. Teniendo en cuenta las formas más actuales de diferenciación de los servicios, en estrecha articulación con las modalidades de organización institucional del trabajo, no deja de ser contrastante la referencia al *médico de barrio* o al *médico del centro* que hacen los entrevistados, la cual es substituida en la medicina tecnológica por médico de *convenio*, médico de *hospital particular*, y así en adelante. Esa transformación que se produce en el modo de designar la situación profesional, ya se puede observar en la denominación *médico de instituto* que comienza a surgir en los relatos de los propios entrevistados, y que convive con las formas anteriores.

La disposición geográfica como discriminadora de la posición social del médico expresa que el lugar donde instaló su consultorio se transformó en el correlato simbólico de un conjunto mayor de atributos de la práctica, como, por ejemplo, la calificación técnica del trabajo, las características sociales de los clientes e incluso la forma global de organizar la producción de los servicios asistenciales. Así, los entrevistados, al identificarse como médicos “del centro” o “de barrio”, ya suponían haber expresado todo respecto de sí mismos, o respecto de los otros:

Ahí, entonces, trabajé como perito médico desde febrero, cuando hice las prácticas. A partir de marzo me acreditaron, ganaba una suma que nadie entendía a través del Ministerio de Trabajo. Me quedé hasta... 1963. ¡Era el mejor ambiente posible! Y el jefe simpatizó mucho conmigo, y yo con él, vivía en Aclimação [barrio de la ciudad de San Pablo]... Y nos hicimos muy amigos. Él simpatizó mucho conmigo y me ayudó mucho. Es una persona muy buena, se graduó en el 39, por ahí. Él es un clínico-cirujano de barrio, un sujeto muy bueno, humano... (Doctor Carlos)

Era solo clínica pura, y pequeños abscesos, y curaciones... Esas cosas. Algún masaje... en la próstata de alguien, debido a una gonocócica. Eran ese tipo de cosas. Cositas de barrio. Y, como yo hacía clínica general, por demanda, aparecía de todo. (Doctor Néilson)

El segundo aspecto que llama la atención está en el hecho de que ese símbolo de identificación del trabajo profesional asume tal relevancia que es a través de él que, en primer lugar y espontáneamente, los entrevistados discurren sobre sus vidas de trabajo: al preguntarles sobre el trabajo de consultorio, respondían con una sucesión de calles, barrios y lugares de la ciudad donde establecieron sus consultorios. La ubicación dentro de la ciudad les parecía un modo adecuado y suficientemente explícito para calificar sus vidas profesionales.

Comenzamos nuestra clínica particular. Mi primer consultorio fue en la calle Conselheiro Crispiniano, cerca del consultorio de Schor. En aquel tiempo aún había ciertas condiciones para hacer medicina privada que hoy ya no existen. Fue ahí que empezamos. Después, en 1947, me pareció bueno conseguir novia. Nos conocimos en el casamiento de un amigo, de un ex colega de Río, que trabajaba con nosotros en la Santa Casa... falleció hace poco tiempo. Y, entonces, resolvimos alquilar una casa y, ahí, comenzamos a hacer clínica. Atendí en la calle Conselheiro y en casa, en la calle Anhaia, en la esquina con la calle Sólon... Y ahí comenzamos los primeros años de casamiento. Después me mudé con la familia a la calle Sólon, e hice el consultorio en casa también. Yo ya había trasladado el consultorio de la ciudad a la calle Marquês de Itu. Después, con el tiempo, nos fuimos limitando y pasamos a establecernos en el consultorio del barrio. Ahí nos mudamos a la calle Tres Rios, y me quedé como médico de barrio. Fue entonces que pude convivir con varios colegas, todos médicos de barrio, en el Buen Retiro. Nos transformamos en un centro médico, una agrupación médica... sentíamos que el ambiente médico estaba más o menos al mismo nivel que el del centro. Trabajé treinta años como médico de barrio, en Buen Retiro, que se tornó, digamos, un centro médico distinguido, más o menos con el nivel del centro. (Doctor Maurício)

Entre la “clínica de barrio” y la “clínica del centro”, se realizaban, por lo menos, dos tipos de medicina. La “clínica de barrio”, por la propia escasez de médicos, tenía que ser una práctica no especializada, con un uso restringido de los tratamientos, recursos materiales y servicios complementarios de diagnóstico existentes. Por esa razón, también posibilitaba un inicio más rápido para la obtención de ingresos personales en la profesión, para los médicos que disponían de pocos recursos. Se destinaba, sobre todo, a los que tenían dificultades, tanto para combinar actividades remuneradas con las actividades voluntarias como las de la Santa Casa o instituciones similares, para un mayor perfeccionamiento técnico o especialización, como también para seleccionar clientes en observación para una actuación más especializada. La “clínica de centro”, por el contrario, al estar situada en la “área de los especialistas, de los profesores y de los clientes distinguidos” permitía mayor independencia para una “propaganda” personal:

En aquella época solíamos decir que nos quedábamos cazando moscas; estábamos estudiando y, mientras tanto, iban llegando los pacientes. En el centro era diferente. Los pacientes iban de otros barrios a buscar los consultorios médicos. Los consultorios considerados distinguidos eran siempre en la calle Marconi, en la Conselheiro Crispiniano, Xavier de Toledo, esos grupos del centro; las personas más ricas se atendían ahí. (Doctor Maurício)

El consultorio solo tuvo algunos clientes para sobrevivir después de que yo vine de la América. Antes, no. La clínica aquí en el centro es de gente más calificada. Porque son clientes más exigentes, es una clientela más esclarecida, que a los primeros síntomas o señales de cualquier cosa ya buscan al médico. Y no como los otros que dejan evolucionar la enfermedad, intentan con los antitérmicos o remedios caseros, y solo después que la enfermedad evolucionó mucho, ahí buscan al médico. La diferencia es esa, ¿no? (Doctor Paulo)

Sin embargo, en la clínica del centro, al contrario que en la del barrio, el recién recibido —como profesional aún de poca autoridad técnica por la poca experiencia clínica personal— para iniciarse en la profesión debía asociarse a un colega más viejo, con más experiencia, más renombrado, y no de forma independiente:

Se comenzaba casi siempre... más o menos como asistente de alguien. A no ser que te fueras —digamos— a un lugar más lejos donde no hubiera otro médico. Prácticamente no existían convenios, ni acreditados. Ya existía el INPS, pero no había... que yo recuerde, ningún seguro de salud. Ni incluso, que recuerde, ninguna empresa de medicina prepaga funcionando. Entonces, la persona tenía el INPS o la clínica privada. (Doctor Luís)

Además de este, hay otros elementos que diferencian a los servicios médicos entre sí. Por un lado, la experiencia personal, por otro, las especificidades de la calificación técnica, que al inicio del período considerado aún se resume a la formación escolar en general, como cuenta el doctor Paulo a propósito de su viaje a EE.UU. o como señala Eduardo Etzel (1987): “Fue la época en que los médicos tenían en su recetas y en los anuncios la sugestiva y atractiva frase “de los hospitales de París, Londres y Berlín”, sin especificación alguna de títulos, pero que impresionaba y atraía a los clientes”.

Recién a fines de los años 1950, ser especialista e incorporar más tecnología material surge como un elemento importante de distinción en la práctica profesional. Ese hecho señala las transformaciones de la medicina, por las cuales tanto los equipamientos como la organización institucional, de forma progresiva y con más valor en la calificación de la práctica, sustituyen a la experiencia clínica personal o a la ubicación del consultorio. De este modo, los factores que conforman el criterio principal de la diferenciación de los servicios se desplaza hacia los especialistas, los médicos nuevos y actualizados, los técnicos más hábiles para la inmediata intervención de los observadores pacientes, el hospital y todos sus equipamientos, y la empresa médica y todas sus “facilidades”. Las personas dan paso al instrumental y a sus dispositivos, pues como dice la doctora Emilia: “heroicos, ahora, serán la penicilina y las sulfas”.

Todos los médicos entrevistados reformularon sus prácticas en función de la medicina tecnológica, a través de estrategias a veces más similares entre sí, a veces más particulares, en función de las características de cada situación de trabajo ya constituida. Frente a esto, no todos los aspectos que de hecho se transforman son percibidos exactamente como alteraciones o como si la práctica hubiese cambiado de forma sustantiva, mientras que otros se conciben como visiblemente distintos. Dentro del ejercicio profesional en su totalidad, sin embargo, todos saben que rehicieron los espacios, los momentos y las formas de realización de esa libertad de acción personal, libertad que caracteriza las bases de su autonomía como profesionales.

La libertad reformulada

Ese es un problema de evolución. Los problemas de evolución son todos iguales ¿no? Es decir, en un determinado momento un aparato se perfecciona y nosotros, que tenemos ese aparato, vemos las mejoras y adquirimos otro. Una determinada técnica... Entonces, todo eso son cosas que van surgiendo y vamos incorporando en nuestra evolución. Nosotros siempre fuimos permeables a ideas adecuadas, modernas, buenas... ¡Siempre lo fuimos! Hay, evidentemente, conquistas que son generales, que todo el mundo... Porque como sabés, en aquella época no había ningún antimicrobiano. Los primeros que aparecieron fueron las sulfas, los derivados de la sulfona. Entonces, todo el mundo usaba sulfas en cualquier enfermedad infecciosa. Después que surgió la penicilina, fue utilizada por todo el mundo. La estreptomycinina... Después vino la tetraciclina, y lo mismo. Y, evidentemente, esas nuevas drogas fueron... produciendo cambios en el panorama clínico. Claro, nosotros, antiguamente, hace sesenta, setenta años atrás ¿cómo tratábamos la neumonía lobar? ¡Con cataplasma de linaza! Hoy ni se conoce, ni se usa. Entonces estas cosas produjeron grandes modificaciones. Eso era... era normal. En la medida que disponíamos de una conquista, se usaba, verificábamos que había mejoras, las cosas andaban mejor... Eso... no hay nada, no hay nada que pueda asombrarnos, no hay nada asombroso. Parece que todo es una rutina que viene marchando, ¿no? marchando normalmente. Entonces, cuando surgieron aquellos monitores, poníamos el monitor y era muy interesante que podías ver la presión arterial del individuo sin medir, sin nada. Todo eso eran conquistas que nos gustaba tener porque eso nos daba inmediatamente una serie de informaciones ¿no? (Doctor Antonio)

A medida que los nuevos recursos tecnológicos fueron apareciendo y, paralelamente, se fueron estableciendo las especialidades médicas, ambos aspectos se incorporaron a la práctica profesional. Todos lo concibieron como una *actualización necesaria* y se produce una polarización positiva respecto de estas características en función del propio concepto de “innovación”. Innovar es entendido como sinónimo de estar más actualizado con relación al desarrollo científico-tecnológico, y absorber los avances diagnósticos y terapéuticos.

La incorporación de tecnología puede implicar la circunscripción de la actuación clínica a áreas más específicas de la medicina y la profundización de los conocimientos científicos correspondientes. Actualizarse sería, desde esta perspectiva, para los clínicos o cirujanos de barrio que aún no eran especialistas, aproximarse efectivamente a la especialización, lo cual representa una forma de mejorar su desempeño y, en consecuencia, captar y mantener a los clientes. La ausencia de movimiento en dirección a la especialización connota un fuerte sentido negativo:

En los comienzos del consultorio yo hacía también pequeñas cirugías. Un poquito de absceso, fimosis, siempre hacía en el consultorio. Y después me fui habituando y estudiando un poco más y entré en ginecología y obstetricia. Ahí comencé a hacer las dos especialidades y fui dejando la clínica —la clínica médica, propiamente dicha— y me dedicaba más a la parte ginecológica y obstétrica. Yo atendía a niños también, pediatría, en el inicio. Porque atendíamos todo. Consultorio de barrio ¿no?, atendíamos todo: pediatría, clínica, ginecología, obstetricia... y fui dejando la pediatría que, de hecho, abandoné, y fui dejando la parte clínica de los adultos... (Doctor Fábio)

Así, la especialización que aparece al inicio de sus prácticas con una importancia *relativa* para calificar el desempeño personal, a partir de la configuración de la medicina tecnológica, se muestra como la *única vía* que tiene el médico para afirmarse profesionalmente, desterrando definitivamente al no-especialista del mercado. Y como bien describe el doctor Néelson, ese desplazamiento es también, simultáneamente, una revisión del valor del consultorio frente al hospital. Este último desplaza al consultorio y al domicilio definitivamente, y se instala como forma más apropiada del espacio terapéutico:

Yo, por ejemplo, tenía muchos llamados a domicilio, que hoy es muy raro, por los servicios de emergencias. Porque ellos llaman por teléfono, y viene la ambulancia, y ya los atiende [...]. Ahora, naturalmente, hoy la gente llama a emergencias. ¡Es mejor! Ellos llegan a la casa con la ambulancia, llegan junto a un colega... ellos traen un laboratorio entero ahí adentro. Vienen con una cosa... Una parafernalia. Toman la presión, hacen electro, ecocardiografía... Hacen todo, incluso los medicamentos. Ya vienen con una batería de remedios, inyecciones de todo tipo... Es decir, es mucho más interesante eso a que llegue un simple médico, que llega a pié, porque es cerca del consultorio. En mi tiempo, frecuentábamos la casa del paciente y eras el médico de la familia... Y generalmente la persona decía: "No, usted venga a conversar, puede volver cuando quiera". Y eso era interesante, porque teníamos una idea del enfermo, de su evolución... Pero el servicio de emergencia cambió esa relación. Yo creo que cambió. [...] Hoy, solo hay convenios. Ellos ya tienen sus hospitales y sus guardias. Se terminaron los clientes [...] Para nosotros, clínicos viejos, empeoró mucho, y para un médico que sale ahora de la facultad, va a ser lo mismo o hacés una especialidad y te quedás solo, solo haciendo eso [...] Ahora, todo se basa en la especialidad. No se puede ser solo clínico. Hay que hacer una especialidad si pretendés vivir de la medicina. Y, en esa especialidad, si podés, tenés que agarrar un hospital.

Aunque se reconoce la importancia de la especialización para mantenerse actualizado, esta alternativa no siempre es compatible con el ejercicio profesional ya establecido. Así, la forma más adoptada de actualizar la práctica es a través de la incorporación de equipos diagnósticos, que se expresa en el uso directo de aparatos o recursos de servicios de terceros (laboratorios clínicos, los servicios radiológicos), y también a través de la introducción del uso de instrumentos terapéuticos nuevos, sean equipamientos, fármacos industrializados o incluso el hospital.

En el área de medicamentos, o en el área de exámenes diagnósticos, recursos diagnósticos, cuando aparece una innovación a mí me gusta incorporarla, siempre que ofrezca ventajas. Sin ninguna duda, estoy pronto para incorporarla. Naturalmente, en la parte, por ejemplo, de tomografía —tomografías computarizadas— eso contribuye mucho a mejorar el diagnóstico. No solo mejorar el diagnóstico sino también disminuir la exposición del paciente a los rayos X. Yo sentí eso en mi clínica pediátrica, yo lo uso bastante. En términos de medicamentos, cuando surgieron los antibióticos, cambiaron radicalmente el tratamiento. Nosotros, antiguamente, cuando me gradué, tratábamos la bronconeumonía con inyección de aceite alcanforado. O entonces, todavía se usaba el absceso de fijación y cosas de ese tipo. Entonces estábamos prácticamente desarmados. Después surgieron las sulfas. ¡Fue un gran progreso! Y después vinieron los antibióticos. (Doctor Paulo)

En aquel tiempo los clientes no aceptaban mucho los exámenes de laboratorio. Era necesario insistir mucho ¿sabés? No sé si pesaba un poquito la parte financiera, pero teníamos un ojo clínico mejor que el actual. A mí siempre me iba bien. Y hacía los diagnósticos con la clínica. Solo con la clínica. No teníamos así muchos recursos como la penicilina, sulfas, pero así mismo conseguimos resultados buenos. Cuando era necesario, pedíamos exámenes de laboratorio, rayos X... No los más sofisticados, sino los más comunes, más de rutina que hacíamos cuando se pedían exámenes de laboratorio. Y existían laboratorios en el Brás, allá en Agua Rasa, Avenida Celso Garcia. Laboratorios que servían para exámenes de rutina, simples. Yo tuve resultados buenos. Era más frecuente que pidiera exámenes de heces, principalmente; orina..., y radiografías —estómago, parte renal, vesícula— yo llegaba hasta ahí. Ya había radiografía con contraste. No teníamos ultrasonido, no teníamos endoscopia, no existía aún ¿no? Hoy en día tenemos todas esas maravillas. (Doctor Fábio)

Innovar representó incorporar nuevas directrices al trabajo del consultorio, que superaron los límites “internos” de ese trabajo y alteraron las reglas de las relaciones con su “exterior”. Así, la innovación es, además, otro modo de articulación con los otros servicios y con los clientes. Este aspecto, sin embargo, ya no recibe la misma valorización positiva, es decir, se instala como el aspecto más “negativo” de las transformaciones en la práctica. Lo negativo, en este caso, expresa el reordenamiento necesario de lo que es “interno” y está bajo su control personal, con relación a lo que es lo nuevo “externo”, lo cual se refiere directamente a la posición de autonomía profesional: a las bases más personales de organización de la práctica y a la autosuficiencia ya construida del ejercicio profesional.

Esa necesaria alteración de las relaciones entre el trabajo del consultorio privado y otros servicios, o entre el trabajo del consultorio privado y los clientes, se da por diversas razones, algunas de las cuales se conciben como un resultado directo de la incorporación de la tecnología material; otras, por el contrario, parecen requerimientos externos a la medicina. Ambas, sin embargo, imponen una redefinición de la capacidad resolutive del acto aislado de cada médico individual, que escapa al control personal de aquel médico. Valerse más de los especialistas o pedir más exámenes si bien implica depender más de servicios de terceros y acrecentar los gastos del cliente, va al encuentro de las nuevas exigencias técnicas, al mejorar la calificación del desempeño del médico, y al encuentro también de las propias expectativas del paciente, que ahora se manifiesta de forma *directa y activa sobre la conducta médica*:

Frecuentemente vienen clientes por convenio: “Ah, hace un año que me hice un Papanicolaou, entonces vine para que usted me examine y me haga el análisis” Eso ya entró en la cabeza de la mayoría de las personas que cada año, año y medio, la gente pide el examen. “¡Ah! ¡Me olvidé de pedirlo! No lo hice el año pasado ¡pero necesito hacerlo!”. Creo que ya todo el mundo tuvo alguien, un paciente que pidió: “¿no sería bueno hacer una endoscopia?”. (Doctor Luís)

Para el doctor Fábio, la actualización se vincula en forma directa con la incorporación del equipamiento y, por ende, la transformación de su práctica, relativamente

aislada e independiente, en trabajo colectivo, al dividir sus atributos personales con otros dos colegas más jóvenes e insertar su propio consultorio dentro del hospital:

En términos de aparatos, hubo diferencias cuando me mudé dentro del hospital. De hecho hubo, porque el hospital tenía rayos X, tenía laboratorio, tenía todos los especialistas que, naturalmente, si era necesario, derivaba. Entonces, eso facilitó mucho llegar al diagnóstico, claro. Y con estos aparatos de otros colegas, también. Porque en mi consultorio siempre fueron más o menos los mismos. Después que vinimos al hospital —cambiamos— y con estos dos colegas nos quedamos con la parte de GO [ginecología y obstetricia]. Ahí cambió porque conseguimos diversos aparatos de la especialidad ¿no? Pero hasta ese momento, no. Tenía consultorio, pero un consultorio simple. No tenía muchos aparatos. Cuando vinieron estos dos colegas, incorporé el colposcopio, ultrasonido, sonares... El trabajo con dos colegas y la incorporación de estos nuevos aparatos sucedieron juntos. Mi decisión de compartir mis clientes con ellos pesó en la incorporación de los equipos. Si yo continuaba solo, probablemente habría mejorado también, porque frecuenté un poquito la Maternidad Amparo Maternal allá en el Brás y la Maternal tenía más recursos. Y me iba integrando, y adquiriendo algunas cosas. Pero la presencia de ellos facilitó porque ellos se graduaron más recientemente, y yo era más afecto al consultorio, no frecuentaba ningún hospital. Estudiaba, claro. Pero tenía así un medio mejor de actualización y ellos ya vinieron actualizados, frecuentaban hospitales, habían sido residentes allá de la Maternal. (Doctor Fábio)

Si bien las asociaciones entre colegas o la necesidad de usar más intensivamente los servicios complementarios eran más problemáticas que solo especializarse dado que implicaban una mayor dependencia del “exterior” por parte de cada médico aislado, fueron recibidas como problemas menores y mucho menos graves que el redimensionamiento de aquello que consideraban como el ámbito “interno” de la práctica de consultorio. Se trata del surgimiento de las nuevas situaciones de trabajo, nuevas modalidades de captación de clientes y nuevos patrones de organizar la producción de los servicios, que constituyen formas, bajo diversos aspectos, socialmente más viables, y alternativas reales al consultorio más tradicional. Y si las primeras alteraciones fueron tomadas como cambios que derivaron de la incorporación tecnológica, la diversificación institucional que se establece ya no es entendida con el mismo consenso como producto directo de la tecnología, sino, más frecuentemente, como una forma “exterior” de tratarla. De este modo, si la innovación tecnológica es entendida como parte de la medicina y la actualización de sus prácticas como necesidad técnica de la misma especie, esto no ocurre con la nueva organización social de la producción de los servicios.

Pero no fue el equipamiento. La distorsión está en la evolución de la política, económica y científica del país. El equipamiento es una conquista moderna que todos tienen que aceptar. Lo que contribuyó a eso fue la evolución. (Doctor Antonio)

Esta nueva organización produce una diversidad de formas institucionales de producción de servicios, en lo que respecta tanto a la calidad técnica de los patrones de servicios producidos, como a la inserción de los médicos en el mercado de trabajo y

en la organización formal de los clientes. La diversidad significará un cambio necesario en las reglas de las relaciones entre el médico y su paciente y también entre los servicios, pues la producción de estos ahora se organiza sobre bases más formales y menos personales:

...atendía un paciente, y mandaba llamar a emergencias para trasladarlo al hospital. Entonces, si yo no daba indicaciones, lo llevaban al hospital que ellos elegían. Pero yo decía: "Vayan al Hospital Samaritano, vayan al Sirio Libanés". "Son caros". "Vayan al Albert Einstein...". "¡Ese también es caro!". "Pero allá hay gente buena". "¿Usted recomienda a alguien allá?". "No, no es necesario recomendar a nadie, allá tienen gente muy buena, tanto clínicos, pediatras, como otorrino..., todo bien". Es decir, no conozco quienes son los especialistas de esos hospitales. No voy a tener cómo llamar y preguntar: "Por favor, ¿quién es el otorrino al que llaman, en caso de una otitis perforada?". [...] Cuando empecé a hacer clínica era más fácil pedir exámenes. Mucho más fácil. Porque los colegas... ellos eran abiertos. "¡No! Si la persona no puede pagar el precio que yo cobro por el examen de heces, lo hago al precio que me digas. ¡Yo lo hago!" Es decir, teníamos esa facilidad. Hoy ya no existe eso. Y es un dineral. Y sin ningún descuento. Es decir, antes tenías más relacionamiento con los colegas, más camaradería. Por ejemplo, llamaba por teléfono a un colega y le decía: "Mirá, yo voy a mandarte un caso quirúrgico, un apéndice, pero vos, haceme el favor, es gente de familia pobre. Fijate si lo internás en un hospital con un precio más o menos accesible y, le hacés un obsequio, no sé cuánto cobrás, pero le hacés un buen precio para su cirugía. Y hablale al anestesista también". Es decir, esas cosas se hacían mucho más... esos enlaces. Hoy es difícil encontrar un "gentleman", verdaderos "gentlemen"... una gentileza fantástica. (Doctor Nelson)

Hay una serie de cosas que hoy no hacemos más, ¿no? No sé si yo me expreso bien. Desventajas pequeñas que el médico casi no percibe. Sin querer, su trabajo se va transformando en algo mecánico, porque hay alguien que está trabajando en el otro pedazo. Entonces él hace lo suyo. De manera que le da seguridad y él trabaja más técnicamente mismo, ¿no? Para el paciente eso representó la pérdida del contacto médico-paciente. Y, a veces vemos que los médicos confunden a los pacientes, no prestan atención en serio al caso y hasta intercambian los tratamientos. Entonces es más... es un poco más práctico, un poco más mecánico, un poco más habilidoso en la técnica, pero se perdió un poco del médico, ¿no? (Doctora Emília)

La propia doctora Emília, por ejemplo, con relación al surgimiento progresivo de los centros de emergencias como forma alternativa al llamado médico señala el mismo aspecto: lo ve como más adecuado a los tiempos modernos, y más cómodo incluso para el médico, no obstante, se pierde el carácter más personal de la práctica profesional:

Entonces esas cosas fueron cambiando también. El médico ya no iba a los llamados que quedaban lejos ¿no? Eso les queda a las ambulancias y los centros de emergencias, que son múltiples y que no se justifica más que el médico salga de noche. Nosotros llamamos a emergencias y ellos llevan al paciente.... Y, después, el médico va adonde fue el paciente ¿no? Ya no existe aquel... Eso despersonalizó al médico. El paciente va al hospital y acepta al médico que está de guardia, y eso no era aceptado en mi tiempo. En mi tiempo, si perdíamos el parto..., íeramos realmente esclavos!, porque si perdíamos la hora del parto, la paciente que no era atendida... ¡Ah! ¡Eso era cosa seria! El paciente hacía su propaganda. (Doctora Emília)

Al entender ese proceso de reestructuración global de la organización de la atención médica como derivado, sobre todo, de la forma por la cual el Estado resolvió el problema del costo relativo al consumo de los servicios en la medicina tecnológica, estos médicos vieron en la participación del Estado, a través de la asistencia médica de los Institutos de Previsión Social, el factor “externo” que interfiere en las reglas que definen el acceso de los clientes a los diversos servicios e incluso al consultorio privado, o en las reglas de la articulación entre los distintos servicios médicos. Esa importancia que asume la presencia del Estado, en la atención médica y en su calificación como gran interferencia “externa”, se evidencia también en los “textos de época”: las 66 publicaciones examinadas en el período entre 1930 y 1955 muestran que el 30% trata específicamente esa cuestión, con opiniones tanto favorables como desfavorables. La interferencia del Estado se establece, por lo tanto, como un tema importante de debate en el período, aunque el impacto de esa interferencia se va a sentir más intensamente a partir de los años 1960.

La creación del Instituto Nacional de Previsión Social en 1966 —que en la década de 1980 será denominado como Instituto Nacional de Atención Médica y Previsión Social (INAMPS)⁵— simboliza el auge de esa interferencia. Los médicos entienden que desvirtúa un proceso “natural y correcto” en los jóvenes recién recibidos de participar en la vida profesional, o sea, el de establecerse en el mercado a través del esfuerzo y desempeño personal del médico en la “práctica liberal” del consultorio privado. Al ofrecer la facilidad de remuneración fija y garantizada, incluso menor que la obtenida en el consultorio particular, la condición de empleo aparece como alternativa complementaria a la difícil situación de la clínica privada, para después asumir proporciones y aceptaciones mucho mayores:

Era una medicina, podríamos decir... profesionalizante, individualizada; es decir, no la medicina laboral. El médico no tenía jefe, no tenía patrón, ¡él era su propio patrón! No había empleos para médicos. Los empleos surgieron después, con la hipertrofia terrible del INAMPS. ¡Fantástica! Y, después, la creación de la medicina prepaga. (Doctor Antonio)

Cuando yo me recibí no había muchos empleos médicos. Pero había ya cierta inclinación a buscar un empleo, por lo menos para garantizar lo mínimo indispensable para vivir. Entonces él ya buscaba un respaldo. Es muy razonable eso. Ganás un sueldo que da para defenderte, soltero... ¡Agarrás el empleo! Y después el sujeto iba a su consultorio a recibir a sus clientes. ¡Era difícil! Ahora, empeoró... (Doctor Nélsón)

Además, como en un inicio las empresas de medicina prepaga se establecen también a través de la previsión social, las transformaciones en la organización social de la producción de servicios significaron una pérdida efectiva de los clientes tradicionales, es decir, aquellos captados por los antiguos mecanismos difusos, lo que obligó a estos médicos a adoptar medidas que rompieran su aislamiento: como ya fue mencionado, algunos insertaron o consolidaron su consultorio dentro del hospital, donde la captación de clientes estaba garantizada por los dispositivos y

⁵Por la sigla en portugués de *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social* (INAMPS)

atractivos del propio hospital, y otros se vincularon a los mecanismos formales de los convenios y acreditaciones. Pero para todos, la nueva forma de organización social de la producción de los servicios significó la pérdida de los clientes propios y exclusivos:

En mi tiempo era más fácil ser médico de consultorio. Yo comencé a trabajar en una época en la que comenzó la socialización de la medicina. Entonces comenzaron a aparecer esos negocios que Getúlio Vargas⁶ inventó. Él comenzó a beneficiar al pueblo, pero a costa del médico. Antiguamente el médico atendía gratis en la Santa Casa, pero después tenía su consultorio que contaba como ingresos ¿no? Después, cuando llegó el INPS, entonces ahí era gratis icasi todo el día! Porque, las personas ya pagaban el INPS y no pagaban ningún otro médico. Entonces comenzó la debacle. Fue la socialización de la medicina a costa del médico! Y en mi consultorio eso produjo un impacto fuerte, también. Disminuyó mucho el número de clientes. Cuando yo cerré el consultorio en 1965 ya estaba con menos clientes. Porque ahí solo va aquel que puede ¿no?, o aquel que quería estar más seguro del diagnóstico. Porque pasa eso, el enfermo que va al INAMPS [o INPS], y el médico solo lo mira y, a veces, hace el diagnóstico de ojo. No da ¿no? Entonces, a veces, el enfermo quiere tener un diagnóstico mejor, quiere saber un poco más, ser bien atendido, entonces va al consultorio particular, va y paga. Muchos colegas hicieron convenio en el propio consultorio. Yo nunca lo hice. Era necesario juntarse con uno o dos colegas más. En ese caso es más difícil trabajar solo. Entonces, dos o tres, hacen un convenio, y abren una empresa... Ahí necesitabas atender todo el día. Era difícil solo. (Doctor Silvio)

Entonces, el INPS tenía un determinado número de hospitales que no alcanzaban a atender a todo el personal. Entonces, las empresas de medicina prepaga comenzaron a montar hospitales en los barrios y hacer convenio con el INPS, viviendo a costa del INPS. Y hoy todos los hospitales de San Pablo, salvo dos o tres excepciones, viven a costa del INPS. Bueno, entonces lo que sucede es lo siguiente: en función del crecimiento del INPS y del crecimiento de las empresas de medicina prepaga [...] entonces, recibe atención gratis, todo eso, está claro que la clínica privada comenzó a sufrir, comenzó a disminuir. Y viene disminuyendo gradualmente hasta hoy, que la clínica privada está prácticamente abandonada. Es esa la situación que vivimos hoy. En términos de medicina capitalista o de medicina... vamos a decir, de autónomo, es así. Es decir, los médicos de más edad, ya jubilados, no tienen forma de hacer clínica suficiente como para mantenerse. Absolutamente no. Y los nuevos, tampoco tienen. (Doctor Antonio)

Otra repercusión de esas alteraciones fue la exclusión de las dimensiones “exteriores” al ejercicio profesional de aspectos relacionados con la figura del paciente. Por lo tanto, también aparece como efecto de ese proceso de actualización de la práctica profesional que los aspectos sociales de la vida personal del enfermo, incluso los que se relacionan más directamente con el cuidado médico, queden desterrados del acto médico. Estos eran anteriormente objeto de control técnico del médico, dado que él asumía la responsabilidad sobre todos los aspectos de la atención. Esa responsabilidad significaba viabilizar la conducta técnica, o sea, el médico asumía,

⁶Getúlio Vargas era presidente de Brasil al momento de la creación de los Institutos de Jubilaciones y Pensiones, el INPS y la propia Previsión Social.

bajo su cuidado personal, también la resolución de las dificultades sociales para alcanzar las medidas terapéuticas propuestas. La pérdida del control personal sobre esa dimensión del paciente se agregará a los demás factores de transformación de la relación médico-paciente.

En aquella época, el médico no tenía empleo. Trabajaba a la tarde, después del almuerzo, en su consultorio, desde las dos o la una hasta las ocho, nueve o diez de la noche, atendiendo a sus pacientes y, después, aún visitaba a los pacientes en la casa. Entonces, era una aproximación muy cercana. Un paciente no tenía como hoy el convenio, la empresa de medicina en la cual compró el título de prepago... ¡No había nada de eso! Entonces, él tenía que servirse del médico particular. Y el médico particular era un individuo liberalísimo! ¡Cuántos médicos atendían a sus pacientes gratis en el consultorio! Iban hasta a visitarlos a sus casas, gratis, y no le cobraban ni un peso. ¡Era un número muy grande! Porque el médico, al vivir esa relación razonablemente estrecha con el paciente, se daba esa característica de favorecer al paciente... Entonces, ¿cuántos pacientes eran atendidos gratuitamente? Muchos, y esta forma de relacionarse era importante. (Doctor Antonio)

Hasta dónde y cómo el servicio centrado en el consultorio sería capaz de cubrir satisfactoriamente la demanda del paciente eran atribuciones personales del médico y que pasan ahora a ser definidas por la tecnología y por las formas de acceso del enfermo a los diversos servicios. De este modo, cambia el carácter de la dependencia del paciente con relación al médico, pues el paciente ahora puede, por sí solo, sugerir o encontrar las soluciones concretas para las orientaciones formuladas por el médico. La forma de utilización de los servicios de emergencia, por ejemplo, al ser contrastada con la medicina “de los llamados”, muestra claramente, por un lado, la autonomía que adquiere el paciente y, por otro, la necesaria adaptación del médico a esa interrupción de su control, como relata el doctor Luís, sobre el consumo de medicamentos:

Algunos remedios... fueron óptimos, importantes. Llegaban a cambiar completamente el tratamiento, ¿no? Algunas enfermedades dejaron de ser un problema serio, como la gonorrea ¿no?, desapareció... Prácticamente se había terminado la urología hasta que comenzaron aquellos enfermos de cirugía de riñón de nuevo, ¿no?, porque... el noventa por ciento de las uretritis gonocócicas iban a estenosis y, entonces el sujeto tenía que tratar aquella uretritis el resto de su vida con dilatación de uretra, con no sé qué, lavado... Apareció la penicilina, se terminó, ¿no? O sea, ni va al médico. Ya va directo a la farmacia y compra... ¡ni le pregunta al farmacéutico!

La medicina del *servir*, del *asistir*, del *aconsejar* o del *orientar* al paciente parece haber cedido definitivamente su lugar a una medicina en la que *tratar*, *medicar*, *curar* o *recuperar*, bajo cualquier tipo de intervención —es decir, asociada o no a una atención “global” destinada al enfermo— son los nuevos referenciales. Y con tales referenciales parece no haber más espacio en la práctica para que el cuidado vinculado a la dimensión más personal, desde el contexto sociofamiliar a los sentimientos personales de alegría o sufrimiento, siga perteneciendo a la totalidad del asistir.

La práctica que se está construyendo parece implicar la presencia de otro tipo de intereses y compromisos personales, de ambos lados. Por eso mismo, para ellos se trata de la necesidad de *conservar lo esencial* de la profesión.

Una mayor utilización de los recursos diagnósticos, la utilización de los medicamentos industrializados, la hospitalización, la utilización de los especialistas u otros servicios médicos y los demás procedimientos adoptados para la actualización de la práctica profesional relacionada con la medicina tecnológica, son todos ellos, una readaptación del acto técnico, que obliga a una redefinición del plano más personal. Pero una redefinición en la que se buscan preservar aquellos espacios en los cuales la base más personal puede ser aún mantenida.

Por ejemplo, si la presencia de nuevos equipamientos diagnósticos se amplía en relación con la práctica anterior, esa presencia debe mantenerse dentro de ciertos límites, evitando las “exageraciones”, y presentándose como consecuencia de la anamnesis y del examen físico. Es importante preservar el espacio de la anamnesis, pues esta aparece como el símbolo de la personalización de la práctica. El signo que la identifica —el *tiempo de conversación* en la consulta o el propio *tiempo de la consulta*— luego aparece, por lo tanto, como una “cuestión de honor” en la búsqueda para preservar la autonomía de la práctica en el ejercicio profesional.

Y otra cosa: hoy, nadie tiene tiempo. Por ejemplo, la consulta, desde el inicio de mi práctica, siempre fue una consulta, así, muy demorada. Con el enfermo nuevo, nunca menos de una hora. Con el paciente más antiguo, ahí la cosa es más simple, porque ya tengo una buena visión del individuo y, además, me considero privilegiado, porque tengo una memoria muy buena, aún la tengo. Conozco a todos los enfermos. (Doctor Carlos)

La duración de la consulta es muy importante. Y mis consultas, desde las primeras, siempre fueron consultas completas. Si un cliente tenía molestias en la parte ginecológica, yo le hacía un chequeo general. No una cosa profunda, pero hacía un chequeo general, y profundizaba más en la molestia. Hoy en día, si el enfermo siente una molestia, o un síntoma, el colega solo verifica esa parte, listo, y se va. ¡Yo no! Yo hacía el chequeo: tomaba la presión, miraba la garganta, oído, ¡todo! Yo tengo la impresión de que con eso yo mismo creaba más... estaba más a la par de la molestia del enfermo, del pasado, me orientaba mejor, y mantengo esa estructura hasta hoy. (Doctor Fábio)

Es importante observar que el tiempo de consulta es más que un mero aspecto, pues junto a la conversación simbolizan no solo la esencia de la libertad de acción de la práctica liberal, sino la propia esencia de su posibilidad técnica, en la que se articulan la atención, la observación paciente del caso y el instrumento mayor que es la anamnesis, en un período en el que el saber fue el principal medio de trabajo. La ausencia de recursos materiales que prolongaran los sentidos humanos permitiendo ahorrarse la historia y el examen clínico y disminuir la conversación y el tiempo de consulta, obligó a ampliar la anamnesis.

Ante la ausencia de rayos X, una neumonía es una tos con un catarro de color óxido cuando hay fiebre, y que provoca un dolor que “tiene” una posición, que puede diferenciarse del dolor intenso y “sin” posición del cólico renal. Por eso cada síntoma relatado o signo observado es necesario detallarlo, calificarlo y explorarlo. La

medicina tecnológica, al mismo tiempo que prolonga el “tiempo tecnológico”, como por ejemplo el del acto quirúrgico, acorta el tiempo desarmado: ese tiempo más simple tecnológicamente, más barato y más personal; ese tiempo de la conversación y de la consulta, que al restringirlo, le permite al médico una mayor productividad.

Por otro lado, para el paciente, la conversación simboliza la posibilidad de una participación que, si en la práctica liberal se restringía al relato, en la medicina tecnológica puede involucrarse hasta con las propias indicaciones, ya que a través de la tecnología el enfermo también puede objetivamente tener acceso a los datos de los exámenes. Ese involucramiento sería ahora posible, si no fuera por el hecho de que la conversación se acorta, justamente por la presencia de la tecnología material objetivadora. El tiempo dedicado al enfermo en la consulta y el tiempo de la conversación son, por lo tanto, las características que estos médicos buscan preservar, las que representan la subsistencia de la “esencia” del carácter liberal de sus prácticas.

De la misma forma, los médicos destacan el hecho de que la tecnología debe, aunque esté presente rutinariamente, encontrar sus justificativas en el raciocinio proveniente de la anamnesis y el examen físico, como también en el saber clínico operante que desarrolla el médico en forma personal. Así, el límite ante la “exageración” en la solicitud de exámenes, ante el posible abuso que ven en la medicina tecnológica, parece regirse por los mismos principios que marcaron sus actuaciones iniciales: el mismo raciocinio y aún, hasta cierto punto, la propia experiencia clínica personal, es lo que debe guiar el momento, la forma y la intensidad del uso de la tecnología:

Es verdad que la medicina hoy es sofisticada. Las ultrasonografías, las tomografías, las resonancias magnéticas, la ecografía... Pero todo eso tiene que ser un complemento, no el primer paso. Yo mantengo mi forma de hacer clínica como siempre lo hice. Cuando veo un paciente, hago un acompañamiento prenatal, muchas veces ella dice: “¿Cómo es? ¿Usted no me va a hacer una ultrasonografía?” Yo le digo: “No, por el momento, no. Solo lo voy a pedir cuando sea necesario”. Y hay muchos colegas que piden cinco o diez ultrasonografías durante el embarazo. Yo creo que es importante cuando, clínicamente, siente que el embarazo no está evolucionando normalmente, que el útero no está creciendo de acuerdo con la evolución normal, o hay algún otro problema. Pero no soy de pedir muchos exámenes, no. Es verdad que el examen de laboratorio, si se piden muchos, impresiona bien al paciente. Pero a veces se gasta más dinero con exámenes de lo que sería necesario. Aún me preocupo con la parte económica del paciente... En la Previsión, a veces, se reciben pacientes derivados por colegas de la especialidad, jóvenes naturalmente, con pedidos de exámenes que yo, muchas veces, lo resuelvo solo con el examen clínico. Muchas veces yo no pido exámenes si no tienen razón de ser, incluso para la Previsión, encarecen inútilmente la Previsión. Creo que es una cuestión de conciencia. El instrumento más valioso para el diagnóstico es la anamnesis, aquella conversación en la que se gastan dos o tres minutos más con el paciente, que a veces entra un poquito más en confianza... y, naturalmente, ciertos exámenes complementarios, cuando están bien indicados, un examen más profundo. Una marca de mi clínica de consultorio, a lo largo de estos años es el asesoramiento, tres, cinco minutos de conversación ya son muy importantes. Yo tuve diversos casos que muestran eso. La paciente dice: “Mire, doctor, yo ya me hice varios análisis, pero a veces ni me examinaban y ya me daban la receta. Usted fue el único que conversó conmigo y me enseñó un montón de cosas”. (Doctor Mauricio)

Lo tecnológico de su práctica, por lo tanto, no substituye la característica permanente del asesoramiento.

Al igual que en la incorporación de los recursos diagnósticos, el uso de instrumentos terapéuticos más actualizados también debe regirse por la cautela y por la moderación. Se debe considerar, dentro de los nuevos límites, las posibilidades efectivas de realización del tratamiento propuesto por parte del paciente, con relación a los costos o a otro tipo de dificultades. Mantenerse dentro de estos principios de uso del instrumento terapéutico aparece también como procedimiento para preservar las dimensiones más personales de actuación de la práctica profesional.

Yo suelo decirle al cliente que no se precipite con remedios porque los remedios solo le hacen bien al dueño del laboratorio. ¡A ellos siempre les hacen bien! Para el paciente, a veces es una ayuda. Por eso es importante sentir al paciente. ¡Esto siempre se hizo! (Doctor Carlos)

La formulación como forma de tratamiento, en parte, personaliza, y por eso aparece también como un intento de preservar las bases más personales de la acción. El Doctor Néelson aún guarda consigo las orientaciones del formulario clínico y cuando considera necesario no vacila en hacer uso prioritario de ese procedimiento.

Yo decía que me gustaba más formular, que era más interesante... porque al formular —cuando la farmacia era buena— tenía la certeza de que esa dosis... el sujeto iba a tomar esa dosis, mientras que en el remedio ya listo, el laboratorio a veces no ponía la cantidad correcta. A no ser los grandes laboratorios honestos ¿no? Te voy a contar otra historia. Recetaba mucho un producto de un laboratorio suizo. Eran unas gotitas con codeína, para la tos, todo. Una vez, fui a ver a un viejito, el viejito tenía miedo de la inyección, y le receté todo por boca, incluso ese producto del laboratorio suizo. El viejito vino, lo atendí, y me fui. Pasaron unos tres días, y su hijo me llamó otra vez: “La tos de mi papá no para; tiene unos accesos muy fuertes”. Bien, volví allá, miré otra vez, repecutí, ausculté: “Tiene que continuar con esto, no puedo modificar ese remedio con codeína, tiene que seguir tomando eso y aquellos que están allá”. Pero continuaba quejándose de los accesos fuertes; entonces, necesitaba darle algo para esos accesos. Y me fui. Después, me llamó otra vez, por tercera vez. Ah, entonces perdí la paciencia. Le receté una fórmula de Diolina —lo recuerdo como si fuera hoy—, agua de laurel y cereza. “Mándala a hacer a Veado d’Ouro, en la ciudad, allá en la calle São Bento”. Fue a hacer ese preparado, ese remedito, gotitas. Comenzó a tomar y se pasaron los accesos. (Doctor Néelson)

Cuando la forma tradicional de captar a los clientes se pierde inevitablemente, la opción por la acreditación o los convenios adoptados para el consultorio buscan privilegiar mecanismos más parecidos al tradicional para vincularse con los clientes. Como dice el doctor Carlos, aunque el contrato entre el médico y el paciente no esté pautado ya por la relación interpersonal, en cuanto a la remuneración del médico o al conjunto de procedimientos posibles, los convenios que permiten la “libre elección” son los únicos que le interesan:

Algunos pacientes míos vienen porque estoy acreditado. Hoy nadie puede sobrevivir si no tiene... A no ser raros individuos en la clínica particular. Yo tenía unos clientes, que vivían cerca de mi casa, y que eran empleados del Banco do Brasil, y que los atendía. Entonces, un día, uno de ellos se acercó y me dijo: "Mire, el Banco do Brasil va a abrir las acreditaciones y si no tiene ninguna... ninguna contraindicación yo voy a colocar su nombre como acreditado". Le dije: "Ah, a mí, me da igual". Entonces él me puso, y ellos mismos comenzaron a divulgar mi nombre allá adentro: "Andá de tal, es un clínico, tal..." Y yo comencé a formar mi clínica. Esto comenzó en 1970 o 1971, fue la primera acreditación. Después, uno, otro, y tal... Y la de Sul América, que yo me... que no era Sul América en esa época, era otra entidad, no me acuerdo exactamente el nombre. Entré porque yo quería ver cómo funcionaba un servicio de libre elección, así del tipo... tipo plan de salud ¿no?, pero con libre elección.

La incorporación de la tecnología, por lo tanto, representó la combinación de *osadía* y *cautela*. Por un lado, la cautela frente a lo nuevo mostraba la decisión de intentar mantener la práctica profesional dentro de parámetros de acción y de efectos ya conocidos, y bajo el control del médico. Por otro lado, la osadía de lo desconocido y el entusiasmo por lo nuevo mostraban la decisión de buscar innovar la práctica profesional, colocándola en los marcos de la actualización del diagnóstico y el tratamiento. Algunos testimonios muestran ambos referenciales en la incorporación tecnológica con mucha claridad:

Ahora, debo confesar que soy... muy tradicionalista en términos de medicación. Por ejemplo, yo nunca uso el último antibiótico que entra al mercado. ¡Nunca! Solo después de cierto tiempo de existencia o, sino cuando hay una indicación precisa, muy específica... Pero, de manera general, yo, por ejemplo, soy, hasta cierto punto, un tradicionalista, un individuo cauteloso. Mi comportamiento terapéutico es muy limitado. Yo no uso muchos medicamentos así libremente. (Doctor Antonio)

Cuando aparecía una novedad, siempre que no fuese rayos X, no me molestaba verla, siempre que el costo, además, no fuera muy alto para el enfermo. Naturalmente, ella iba a tener restricciones en la medicación porque tenía que hacerse un examen que podía ser desechado. Hacer los exámenes siempre que sea necesario ¿no? Y, sin duda alguna estos exámenes son progreso y disminuyen la morbilidad y mortalidad del feto e incluso materna. Porque no hay más... esas deformaciones, esas cosas, que son previstas, vistas con antecedencia, ¿no? La penicilina es un antibiótico que siempre se usó sin miedo. Y su restricción fue en virtud de los choques. Porque la penicilina fue la gran medicación, ¿no?, que no tenía consecuencias para el feto, y tal. Pero, después, los otros antibióticos son... dan coloración a los dientes, provocan el depósito de calcio en los huesos, esas cosas. De manera que nosotros éramos cautelosos. Es decir, yo también tuve mucho cuidado en el uso de estos otros antibióticos. (Doctora Emília)

Las prácticas son, pues, reconstruidas, permeadas por la simultaneidad de estos procedimientos polarizados en la actualización del ejercicio profesional. La conversión, la dedicación, la disponibilidad, la anamnesis o el examen clínico, articulados ahora con nuevos elementos dentro de la consulta y fuera de ella, ya no se pueden disponer del mismo modo que se colocaban cuando la tecnología material estaba

ausente: la atención, la conversación, o cualquier otro elemento de carácter más personal y subjetivo, rehace su espacio y su momento y se consideran otras formas de obtener datos o informaciones de los cuales no se pueden abstraer, en tanto constituyentes de su propia dimensión particular. Además, la práctica profesional trata, ahora, de nuevas realidades clínicas, realidades que la propia tecnología material hace aparecer, alterando radicalmente el tiempo, la forma y el espacio de las manifestaciones del padecimiento y del sufrimiento del enfermo.

Sin embargo, esa práctica profesional reconstruida, al mismo tiempo que se inserta en la medicina tecnológica, justamente por la coexistencia de procedimientos polarizados con relación a la incorporación de lo nuevo, permite que su agente la conciba como si hubiese preservado “*en esencia*” la misma calidad del ejercicio autónomo anterior. La práctica médica cambia, pero la clínica y su objeto de práctica para el médico parecen mantenerse:

Yo tengo una rutina que sigo hace muchos años. Por ejemplo, mis procedimientos clínicos son los mismos de hace... 40 años atrás. Porque no hubo ningún cambio. En términos de laboratorio, sí; porque los laboratorios fueron creando nuevas... Por ejemplo, hasta hace unos treinta o cuarenta años atrás nosotros no hacíamos determinación de T-3, T-4, TSH, todo eso, para insuficiencia tiroidea o pituitaria ¿no? No lo hacíamos. Ahora lo hacemos cuando hay sospecha de hipotiroidismo o hipertirodismo. En términos de laboratorio, existen exámenes... más modernos que se fueron introduciendo. Es el caso, por ejemplo, de la tomografía computarizada que nosotros no usábamos antes; es el caso de la ecografía, que tampoco usábamos, y así en adelante. Es decir, en términos de laboratorio, existen algunas cosas, algunas conquistas que fueron incorporadas ¿no? Pero en términos clínicos ¡no! La medicina del consultorio es más clínica. Depende mucho más del examen clínico y de la anamnesis. Por ejemplo, en el examen clínico, todo es importante, desde la postura del paciente, la presión arterial, hasta el examen de los ojos, todo. La inspección del paciente es importante. Entonces, todo el examen, todos ellos son iguales. Ahora, la anamnesis está mucho más relacionada con una enfermedad. Es decir, está muy relacionada al tipo de patología ¿no? Pero también en la anamnesis no existen procedimientos especiales. ¡Son todos iguales! En la anamnesis preguntás por la madre, se hacen todas las preguntas. Entonces... todo es importante. Si no sabés la edad, la procedencia, todo eso es importante ¿no? Y eso es así hoy... en un siglo, no cambió nada. (Doctor Antonio)

Cambiar sin transformarse esencialmente, constituir un movimiento de transformación pero que busca fijar patrones de actuación y fijar identidades: así es como sus agentes pretenden que sea la actualización de esa práctica profesional. Su principio transformador parece regirse por la búsqueda de reproducir, de un modo lo más similar posible, la identidad inicial de sus vidas profesionales.

Estos médicos, sin embargo, a través del conjunto de procedimientos analizados de hecho rehacen sus “libertades”, reorientando su ejercicio. Lo que perciben de los cambios, lo que entienden del movimiento particular que promueven y de la historia de la medicina es que a través de ese movimiento son ellos también creadores. Según su propia evaluación, habrían conseguido reconstruir sus “libertades” personales de actuación, como un movimiento de *continuidad*, por el carácter “liberal” de sus trabajos de consultorio privado.

No obstante, siguen también percibiendo de modo bastante claro que en el conjunto de la práctica médica ellos constituyen solo un segmento, y con un peso muy relativo. Por eso es que, al considerar la propia identidad profesional que buscan preservar, esta forma de participar del conjunto de la práctica en la que conforman junto a todos los demás la totalidad de la medicina, les parecerá no una inserción, sino un desplazamiento, una situación hasta “extraña” a la medicina contemporánea. A continuación se analizan esa percepción y ese modo particular de tomar lo histórico.

Señal de los tiempos

“Curiosa es la expresión *mi tiempo* usada por los que recuerdan. ¿Cuál es *mi tiempo*, si aún estoy vivo y no le tomé prestada mi época a nadie, pues ella me pertenece tanto como a mis otros coetáneos?” (Bosi, 1983). Del mismo modo que en el estudio de Bosi acerca de la memoria y el trabajo de recordar, que produce los recuerdos, también aquí surge, en las narraciones de las historias de vida de los médicos, esa expresión “mi tiempo”, “mi época”, incitando a que se indague cuál es su sentido para los que recuerdan.

Aproximarse y aprehender un tiempo e identificarse con ese tiempo requiere, ante todo, que se demarquen sus límites. Para el doctor Nélsón: “*todo tiempo fue un tiempo*”. Y para todos los entrevistados hay un “*en aquel tiempo*” en el que nada o casi nada es como el momento en el que son entrevistados y recuerdan “*este tiempo*”, el presente. Los límites que circunscriben cada uno de los tiempos no son, para cada persona, necesariamente precisos o exactamente iguales pero, a lo largo de sus experiencias personales de vida, están los marcos que el orden social, a través de su propia temporalidad, articula a las vivencias singulares. Así, se individualizan ciertos momentos vividos como *un tiempo*: el tiempo del sombrero o el tiempo del automóvil; el tiempo de la “medicina del llamado” y el tiempo del centro de emergencias; el tiempo antes y después de la penicilina.

En el movimiento de lo social, que continuamente provee lo nuevo, se forma, por un lado, la clara percepción de movimiento, de proceso irreversible y, por otro lado y al mismo tiempo, una percepción que corta y paraliza el movimiento, una percepción estática, de la estructura, que fija momentos de la vida. Se trata de una percepción que identifica determinados contenidos a través de lo repetitivo, del acontecimiento cíclico que reitera la experiencia, cristalizando e individualizando identidades de vivencias. Determinadas prácticas en la sociedad colaboran significativamente en este sentido. Son vivencias socialmente dirigidas para marcar el pasaje de una a otra “etapa”, producidas por prácticas sociales conocidas como “ritos de pasaje”. Hay, como muestra Leach (1963), todo un modo de marcar el tiempo y las representaciones sobre el tiempo con base en los “ritos de pasaje” y, como muestra Thompson (1967), estos modos están socialmente determinados como formas adoptadas de marcación del tiempo.

El tiempo es, por lo tanto, algo concreto y social, cuyo contenido se da a través de la vida socialmente experimentada. Lo que marca el centro de ese contenido o como se da la percepción del pasaje de uno a otro contenido a lo largo del tiempo que fluye, o aún cómo se singularizan “tiempos” en lo vivido, son creaciones sociales que se vinculan al modo de estructurar la vida en sociedad. Una estructuración que permitirá y definirá una y no otra concepción del objeto de trabajo y, en consecuencia, de la modalidad de intervención médica; o, entonces, una y no otra identidad de la profesión y de lo que significa ser médico:

En mi tiempo no se tenía esa visión tan material, así, del cuerpo, de la intervención, es decir, de abrir, de mover... Hoy, por ejemplo, se abre un abdomen, un tumor, “tomado”. Yo ya lo vi, ¿no? Antes abríais y, al final, lo cerrábamos, y dejabas vivir a la persona sin que lo sepa. ¡Hoy no! [...] De manera que todas esas cosas modificaron mucho las conductas médicas y el corazón del médico inclusive, el individuo médico. (Doctora Emilia)

Era una medicina, podríamos decir... profesionalizante individualizada; es decir, no la medicina laboral. El médico no tenía jefe, no tenía patrón, ¡él era su propio patrón! [...] Entonces, yo no veo ninguna posibilidad de volver al pasado, si existiese esa posibilidad, creo que el paciente ganaría mucho. Yo soy de ese tiempo. (Doctor Antonio)

...la clínica, en mi tiempo, era muy diferente. Mirá, no necesitabas tantas cosas, ni se pedían tantos exámenes, yo ni pido, hasta hoy. (Doctor Carlos)

En la sociedad capitalista moderna el trabajo es reconocido como una referencia para la marcación del tiempo, y por eso mismo es capaz de separar e individualizar en el cotidiano diversos tiempos: la vida pasa a ser concebida como compuesta por el *tiempo del trabajo* y por *otros* tiempos que son suyos. También por eso el trabajo individualiza en la vida de cada persona lo que está antes o después, dentro o fuera de la vida laboral, y cada uno de los contenidos singularizados pasan a ser reconocidos como distintas identidades vividas, “tiempos” diversos. El pasaje, por ejemplo, de la identidad social de “dependiente” a la de ciudadano “productivo y eficaz” tiene un fuerte sentido en la sociedad contemporánea, y señala una ruptura en el tiempo de la vida, que marca profundamente a todas las personas. En este caso, ese pasaje corresponde al inicio de la vida profesional del médico, corresponde a los momentos en que esas personas conciben y ejecutan su proyecto particular: el de ser médicos.

Como un “rito de pasaje”, el momento de la graduación universitaria materializa ese tránsito hacia una nueva identidad. Sin embargo, no será solo a partir de allí que se construye el significado de esa otra situación social, la de ser médico, porque en su identificación reside la marcación de un tiempo. Y para conocerlo y aprehender su sentido, no se podría marcar de un modo tan puntual: dentro de los referenciales del tiempo histórico y social, el tiempo cronológico que corresponde a ese período de la vida no tiene límites precisos o iguales para todas las personas. No obstante, para todas ellas tiene la misma identidad: el tiempo en el que *son médicos*. Por eso se deben incluir, como parte de ese “ser médico”, las experiencias correspondientes a la

propia elección de la profesión y a la formación universitaria, ya que estas son constituyentes del pasaje hacia la identidad de trabajador. Por lo tanto, son movimientos de un mismo emprendimiento.

Es necesario considerar, además, que ejercer la medicina es desarrollar una práctica que se transforma continuamente. Está claro que cada individuo ejerce la profesión durante distintos períodos de tiempo, a lo largo de los cuales podrá asumir —como lo hace, de hecho— varias identidades profesionales. Se trata de una variabilidad derivada de la creación y reconstitución de las características de esa práctica en el transcurso de su propia historia. Así, aunque se puedan individualizar momentos en una dinámica de transformación determinada, ese individuo continua siendo, en todo momento, un médico que ejerce la profesión.

Sin embargo, en ese pasaje hacia la constitución que se presenta como algo radicalmente nuevo y desconocido, es decir, el ser de la profesión, es el *primer emprendimiento y su correlativa identidad* las que parecen cristalizar las concepciones y las nociones que a partir de allí, desde ese momento inicial, servirán de referencia como algo conocido. Aunque ese emprendimiento inicial se realice, de hecho, dentro de ciertos límites y con ciertas características, ese referencial sigue formando la identidad. Vale decir que, al hacerse médico, las transformaciones que se producen pasan a ser contrastadas y comparadas con una identidad particular: aquella que se forma en los momentos iniciales en que el individuo constituye la situación del “ser médico”.

Por un lado, es la noción contemporánea de que la “vida pasa”, o sea, que el tiempo fluye de un modo progresivo —“que algo no se repite, como un río” (Caldeira, 1984)— lo que hace que las primeras experiencias sean una figura mítica, un símbolo que cristaliza lo ideal. Por otro lado, la propia concepción del carácter universal de la medicina, tal como es la noción dominante acerca de esa práctica, hace que el ideal instituido asuma la calidad de ideal ontológico atemporal. Será por eso también que la concepción respecto de la universalidad, de movimiento de lo real como transformación continua y evolución, engendra la imagen de que solo los momentos iniciales sean algo “original”, lo primero, sin pasado y sin raíces históricas. Algo a lo que todo lo sucesivo, si bien lo mejoraría, en cierto sentido, también lo haría perder calidad, al desestructurar y substituir aquello que se mostró en su creación, desde el punto de vista de aquel individuo y de su específico colectivo social, como ventajoso y adecuado socialmente. La ambivalencia demostrada, por ejemplo, ante las innovaciones y los cambios es significativa, en ese sentido.

La expresión *en aquel tiempo* corresponde, a aquel momento, el “primero”, el del “inicio”. También es el momento en el cual cada uno se dedica plenamente a emprender, apropiándose de ese tiempo, que pasa a ser “suyo”. Es *mi tiempo* porque es también el tiempo de la esperanza plena, del coraje total en el emprendimiento. Es la fuerza que cada individuo captura del entendimiento de esa situación, porque el inicio es la situación en la cual se reconoce como sujeto pleno. Allí es señor de la historia, porque es exactamente el momento en el cual se da la constitución del dominio de un saber-hacer que le permitirá al médico el ejercicio pleno de la subjetividad.

Es el momento en que su utopía cobra más fuerza, su ideal: el proyecto que concibe y cree poder realizar totalmente, y el tiempo de la *plena esperanza* (Weil,

1979), pero que el transcurso de la historia, con sus transformaciones, terminará por resituarse en el plano de la materialidad de la práctica y en el plano del propio ideal. Por eso, el “tiempo restante” en relación con el inicio de la profesión será el tiempo que progresivamente evidenciará y hará que cada individuo, en este caso, cada uno de estos médicos entrevistados, hasta cierto punto, reconozca el determinismo social que conforma su desempeño personal.

Así, ese “tiempo restante”, con relación al del inicio de su emprendimiento para ser médico, pasa a significar una especie de *oposición* al tiempo que es “suyo”. Constituye un tiempo en el cual el sujeto no se reconoce, no le pertenece porque él ya no pertenece más a ese nuevo tiempo: no es más “mi tiempo”, porque ahora las concepciones y los emprendimientos están ya reformulados, tensionando la utopía y fragilizando la esperanza.

Yo no sé, exactamente por qué digo “en mi tiempo”... Creo que cuando lo digo, me remonto al tiempo en que entré a la facultad. Aquello fue para mí, un gran cambio porque —no sé— íbamos muy ingenuos, muy ingenuos! Y cuando yo entré a la facultad cambió mucho... Se abrió la cortina y yo pude ver las cosas de otro modo, tener otros horizontes... no sé... es como si hubiese descubierto, si hubiese levantado el telón... sobre el mundo. No sé cuándo termina, yo aún estoy aquí, ¿no? No sé... pero creo que cuando hablo, hablo de los médicos de aquella época... eran diferentes... Todo era diferente.... Diferentes en la manera de vestirse... en la postura... los profesores... Eran inalcanzables, ¿ves cómo eran los anfiteatros? Ellos perdieron ese aura, eran cultos, músicos, filósofos, sabían mucho... ¡Hoy, no! Se rebajaron, ¿qué es lo que ellos estudian hoy? Eso ahí, lo que sabe todo el mundo... Pero creo que es todo así, es todo diferente... ¡No hay duda!

¿Hoy se sabe mucho más, se hace mucho más?... Ah, no sé... no sé... Sabés, cuando se es joven, se cree que con la medicina vas a hacer todo, vas a salvar, ayudar... Somos muy ingenuos. Ayer, vi un programa de televisión en el que un sujeto se definía como materialista. ¡Qué materialista! Esperá a que tenga un dolor de estómago... Yo no sé..., yo creo en Dios, no soy esas cosas... materialista. Pero no consigo conformarme con la muerte, con el sufrimiento del paciente hasta la muerte. Sabés, yo tuve un caso de un paciente que quedó años y años en la cama solo moviendo los ojitos... Eso no se puede, yo no lo acepto. La medicina ahí no hace nada, no consigue nada con el cáncer, con la arteriosclerosis... Ahora está el sida. La medicina aún es muy frágil, no hay nada para hacer ahí, no logró controlar las enfermedades infecciosas. Creo que aún va a actuar, cuando se descubra la etiología... la medicina deberá mejorar las cosas..., sí..., pero no va a servir de mucho, porque de alguna cosa siempre se muere... ¿no? (Doctor Carlos)

Libertad plena, pero transitoria; sujetos temporalmente plenos y agentes temporalmente sujetos: esta es la imagen dominante que estos profesionales detentan de su relación con la historia. En su gran mayoría, alienados en la relativización de lo técnico ante lo social, porque no concibieron su absoluta sociabilidad como seres, y así es como ellos fueron encontrados aquí.

Es necesario considerar, además, que no es de un modo homogéneo que todas las personas se apropiaran de estas concepciones sobre el tiempo. Y aunque muchas de ellas sean las concepciones dominantes, no todas las personas adhieren a ellas.

La propia situación concreta de vida se encarga de dimensionar el grado de proximidad o distanciamiento entre el momento original y los otros, o entre los ideales que son reconstruidos.

Además, están aquellas personas para las cuales los distintos tiempos son también continuamente “suyos”, ya que siempre se reconocen como sujetos: en vez de tomar ciertas transformaciones como una historia de la cual se desvinculan, ven los cambios como una historia que se crea justamente por su presencia, y se reconocen a sí mismos en la continua reconstitución de lo social. Y a través de esta noción de que son “permanentes”, reconocen el tiempo como si siempre les perteneciera. Porque, al final, siendo historia, son también y siempre movimiento.

Capítulo 5

Libertad, valor y presupuesto del trabajo

En la década de 1980 ¿se puede decir aún que los médicos son un grupo profesional homogéneo? ¿Todos tienen la misma autoridad en la práctica médica? ¿Consiguen un reconocimiento idéntico por su trabajo y logran situaciones similares en cuanto a los ingresos o al estatus social? Más allá de las especificidades técnicas y de algunos comportamientos desviados, ¿su desempeño profesional siempre mantiene la misma calidad?

Las preguntas recorren los atributos de autoridad, el prestigio, la responsabilidad y la dedicación, que enmarcan el trabajo médico en una imagen, un ideal de práctica. Son categorías representativas de un saber legitimado científicamente, valorizado socialmente, y conforme a una moral de conducta y a una ética del desempeño personal que deben ser correctamente ejercitadas por el médico. Esa moral de conducta está pautada por la responsabilidad individual ante su paciente y por la dedicación brindada a su seguimiento y resolución, y gracias a la cual construye vínculos de confianza con los pacientes y también con sus colegas. De esa moral y de los vínculos de confianza así conquistados derivan tanto el prestigio social de la profesión y de cada uno de los médicos, como la autoridad con base en la cual podrá detentar una práctica autónoma, como corporación y como individuo profesional.

Nadie negaría hoy la evidencia de la estratificación técnica y social al interior del trabajo médico. Existen agentes con la misma calificación profesional en lugares tan diversos de la producción asistencial y de la sociedad, que se puede cuestionar la pertinencia de una misma designación profesional. Ese es el caso, por ejemplo, del médico de laboratorio o de prácticas exclusivamente de diagnóstico y tratamiento, o hasta incluso de los que se dedican a la salud pública, cuyas distancias con la práctica clínica, sugieren casi otras ramas profesionales y no fraccionamientos que se individualizaron del trabajo médico, tal como tantas otras prácticas clínicas especializadas. Becker (1961) y Freidson (1970b) advierten sobre las perspectivas estudiantiles en cuanto a la profesión, mostrando que en ellas los valores dominantes en la orientación del aprendizaje y en la elección de carreras individuales son, en las décadas de 1960 y 1970, los que marcaron una tradición en la profesión: la responsabilidad vinculada a la noción de poder sobre la vida o la muerte, y la experiencia clínica como sustrato de ese poder.

Sin embargo, ¿qué sucede cuando la propia práctica clínica guarda en su interior variados desempeños y tan diversos comportamientos con relación a la atención

del paciente o a la predisposición a tratarlo? En definitiva, tales diferencias son hoy *vox populi* en las comparaciones de la atención entre servicios públicos y privados o incluso dentro del sector privado, mostrando una efectiva desigualdad asistencial, al punto de que se hable de elitización del consumo de los servicios de salud al interior de la medicina tecnológica. Tales desigualdades ¿se corresponderían a diferenciaciones técnicas de la profesión? ¿Se pueden correlacionar tales dimensiones y admitir que las divisiones técnicas suponen una diversificación no solo social, sino ética, de la relación médico-paciente?

Para estos cuestionamientos, es indudable que las respuestas ya no se presentan tan fácilmente; sin embargo, hay profundas gradaciones y distinciones de desempeños profesionales. Desde la intervención técnica hasta las prácticas de convencimiento y subordinación del enfermo a la intervención, existen distintos modos a través de los cuales estos dos planos se plasman en la relación médico-paciente, lo cual se inscribe en el orden de la moral, en la confrontación de dos sujetos sociales. Diferenciación que también sucede en otras relaciones en las que participa el médico, como aquellas entre colegas y entre los que conforman los equipos de trabajo. Estos son comportamientos que ya no se pueden atribuir a desviaciones: no ha de ser por características personales que tantos matices aparecen, sino por características del trabajo, espacios garantizados, instrumentos y procesos estructurados en prácticas de diferenciación global de los desempeños médicos.

Hubo un tiempo, en los momentos iniciales de la conformación de la medicina moderna del siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX, en que el término médico calificaba prácticas más cercanas, actos constitutivos más homogéneos e identificados como una misma profesión. Por eso, proveyeron una imagen de un único ejercicio profesional, uniforme para cualquier conjunto técnico de procedimientos, los cuales se podían individualizar bajo la noción de consulta médica y una identidad social común. Sus diversificaciones técnicas (especialidades) eran pocas y no siempre ejercidas de un modo exclusivo, situaciones en las que el atributo de la profesión médica borraba las diferencias, al garantizar principios equivalentes en la relación entre médicos y enfermos: garantía de reconocimiento social del trabajo del médico y garantía de la calidad de la atención para el paciente.

También es verdad que, hasta cierto punto, en aquel tiempo todo era más homogéneo y, desde ciertas perspectivas, más similar, más simple: el modo y los tipos de trabajos existentes, la forma de constituir y formalizar la familia, la escolarización y la profesionalización, las formas de esparcimiento y los dispositivos para la comodidad de la vida en casa, en el trabajo, de casa al trabajo. Una existencia social, en fin, más “moderada”, en la que las diferencias de patrones entonces reinantes en la vida social, que eran hasta más polarizados, parecían más “simples”.

La industrialización y la urbanización resultante, la producción a gran escala de bienes y servicios, la diferenciación de estos, la división del trabajo y la especialización de tipo educativa, aportaron y siguen aportando, progresivamente, otros y nuevos tiempos. Los patrones de vida y sus polaridades cambiaron. Se crearon nuevos estratos sociales, se originó el consumo masivo y se alteraron y ampliaron mucho las posibilidades de transformar la vida, haciendo que la vida se colme de diversidades.

En ese contexto, la medicina se hace profesión; y al desarrollarse, diversificó y transformó a tal punto la configuración de su práctica que, para muchos, “se perdió” en esta complejidad.

La medicina pasó a estar conformada por trabajos estructurados en prácticas muy diversas, lo que transformaría también el plano de su apariencia más inmediata, eliminando concretamente la posibilidad de mantener aquella misma concepción de homogeneidad sobre la profesión. Para intentar resguardar la identidad social anteriormente conquistada, el pensamiento médico buscó formular una representación del trabajo a través de la cual se reconstruya lo homogéneo. Ese proceso implicó la elaboración de un núcleo esencial de la práctica técnica, cuya estructura, articulada orgánicamente a las características “naturales e intrínsecas” de su objeto —el cuerpo enfermo— fue considerada capaz de generar por sí misma una organización unívoca del ejercicio profesional en sus términos sustantivos para el conjunto de los trabajos de los médicos, diferenciándose solo en los aspectos “secundarios” y “externos” respecto de esa “esencia” que formuló.

A continuación consideraremos todos estos movimientos, pues, para comprender a la medicina buscaremos su historia; esa misma historia que la hizo tan dividida y tan cohesiva; practicada bajo diversas formas y, no obstante, agrupada en un ideal común. A través de su trayectoria, se verá cómo y por qué fue posible dotar el ejercicio de la práctica de amplias libertades, y construir un trabajo que, en el plano de las representaciones, encontró en la amplia autonomía individual de sus agentes la única condición adecuada de realizarse históricamente, en función, claro está, del proyecto de vida social que pretendía su agente, el médico, como sujeto político-social.

La autonomía profesional en vínculos de confianza

Los requisitos que se presentan como los más típicos del trabajo de los médicos son los de un trabajo que se asienta en bases técnicas y éticas, simultáneamente.

La técnica, por un lado, expresa su gran alcance como intervención reparadora o incluso sostenedora de condiciones vitales ampliamente deseadas y, por otro, la capacidad transformadora de ese trabajo, lo cual se relaciona con su dimensión operante, de acción manual directa o instrumentalizada, pero que siempre se refiere a un hacer. Y para eso se requiere la presencia de un saber: la técnica se vincula a la ciencia, a un dominio de la biología y saberes afines, lo cual sitúa esa técnica en la esfera del “mundo natural” y de las cuestiones referidas a ella. Si esa es la gran característica del lado técnico del trabajo médico, aunque no sea la única, el valor social que se le asigna termina por recubrir todo el significado usualmente erigido para la propia técnica, cuya concepción dominante la presenta como un evento derivado solo del conocimiento de la naturaleza, quedando libre de otras “interferencias”. Por esa razón muchos, sobre todo entre los propios médicos, cuando verifican que eso no es así, es decir, cuando la historicidad de la técnica y, por lo tanto, su politización

quedan explícitamente expuestas en el cotidiano, interpretan tales acontecimientos como un desvío del orden, un deber-ser contrariado.

El lado ético del trabajo de los médicos, a su vez, se refiere a la intervención de un ser humano sobre otro ser humano, lo cual remite directamente a su aspecto relacional, como un momento particular de realización de la vida en sociedad, es decir, las relaciones sociales. Se relaciona, además, con los cuidados de un comportamiento juicioso, ya que se está frente a una “invasión”, aunque permitida, del otro: interferencia sobre la vida, la privacidad y las pasiones de las personas. El hecho de ser una relación interindividual parece comprometer aún más este trabajo con las “cuestiones del relacionamiento humano”, de las que forman parte el respeto, el afecto, la dedicación, la sensibilidad, la fraternidad y tantos otros aspectos de la esfera personal. Y si la ética no se percibe en un primer momento como atinente y subordinada a lo social, dado que este trabajo se sustenta en las relaciones sociales y sus reglas de reproducción de la vida en sociedad (siendo también valor político e ideológico), ciertamente será concebida como perteneciente al dominio de lo subjetivo, en contraste con la objetividad que se suele atribuir al “mundo natural”. Pero, sin duda, esta dimensión del trabajo jamás se concibe como una totalidad que toma estos dos mundos como uno solo, lo que permite comprender aquello que se verifica concretamente en el trabajo médico: la ética como sustrato técnico y la técnica como una acción inminentemente ética.

La coexistencia de estas dos formas de calificar la medicina, como caras de una misma moneda, no puede, por lo tanto, ser algo muy sencillo o simple. Al igual que las hermanas, hijas de la misma creación moderna de las prácticas sociales, aunque disputan siempre entre sí la prerrogativa dentro de la práctica médica, ninguna puede abandonar a la otra. Hoy en día no cabe duda de que la cara técnica resulta tan evidente que provoca el imaginario de su independencia con relación a la ética. En realidad, son vistas casi como momentos separados. Sin embargo, la articulación de sus expresiones concretas en la historia, no siempre permitió esa imagen.

Recuperar las características centrales bajo las cuales se estructuró el trabajo médico contemporáneo permite comprender la complejidad de la imagen y de las expectativas que se crearon acerca de él. Esto es posible al analizar el momento de la constitución de la medicina moderna: en un contexto de transformaciones de las prácticas de la sociedad, la práctica médica se establece como una profesión. Y calificar como profesión significa una intervención técnica apoyada nuclearmente en la actuación de su agente para la producción del trabajo.

Por ese motivo la profesión es un trabajo que nace como una actividad —y así se define a partir de la modernidad— que se fundamenta en las características vinculadas a lo profesional:

En un sentido amplio, el concepto de profesión médica comprende los principales atributos señalados en los estudios sobre las profesiones nobles o tradicionales: el monopolio de un área específica de actividad a partir de una prolongada formación intelectual; un sistema particular de valores que legitima y sustenta patrones de comportamiento profesional, y en cuyo núcleo se encuentran el ideal de servicio y el ideal de autonomía. (Donnangelo, 1975)

Respecto de la transformación de los oficios en ocupaciones en la modernidad y la separación entre ocupación y profesión a lo largo del siglo XIX, Oracy Nogueira (1967) menciona:

El mundo de las “profesiones” puede ser representado por un círculo en cuyo centro están las “profesiones típicas” —el derecho y la medicina— y, en diferentes puntos, a lo largo de los rayos, otras ocupaciones [...] los practicantes de ambas, a través de una formación intelectual prolongada y especializada, dominaron una técnica que los capacitó a prestar un servicio específico a la comunidad. [...] Desarrollaron un sentimiento de responsabilidad por su técnica, que manifiestan en una preocupación por la competencia y por la honradez de los militantes como un todo [...] Otro aspecto significativo de la técnica profesional es la responsabilidad que envuelve: cuanto su ejercicio implique un mayor sentimiento de responsabilidad, más cercana del centro estará la ocupación. [...] Cuando la ocupación implica una técnica intelectual altamente especializada, fatalmente da origen a una nueva profesión; cuando se trata de una técnica generalizada, como frecuentemente ocurre con las actividades comerciales, el surgimiento de la profesión depende del “desarrollo de un sentido de responsabilidad común capaz de estrechar el débil lazo creado por la posesión de una técnica común, pero mal definida”.

Aunque aquí no se va a trabajar exactamente con el referencial de profesión, sino de trabajo social, queda claro que la profesión, con sus necesarios requisitos científicos y, sobre todo, éticos, se diferencia de un oficio, en tanto raíz de las ocupaciones modernas, dado que el oficio está identificado con una acción técnica que no envuelve una dimensión científica propia y profunda por lo que su exigencia ética es menor. Esa desproporción en el valor otorgado a distintos actos técnicos se observa también a través de la conceptualización formada en torno a intervenciones técnicamente similares, cuya diferenciación reside en su aspecto más comercial que ético, sobre todo, cuando todavía se oponían esas dos calificaciones:

...aún en 1878, el *British Journal* declaraba que la medicina era una profesión y la odontología (“*dentistry*”), predominantemente, un negocio. [...] El farmacéutico continuó siendo un simple comerciante incluso después de que se fundara en 1841 la Pharmaceutical Society, hasta que los Pharmacy Acts de 1851 y 1868 crearon, por primera vez, una profesión de personas formadas y calificadas y prohibieron la venta de tóxicos a extraños [...] Los ópticos continuaron siendo hombres de negocios hasta la década de 1930. (Nogueira, 1967)

En el caso de la medicina, se está ante un trabajo que si bien en su interior asume relevancia la calificación técnico-científica de sus agentes, importan sobre todo sus códigos de ética específicos, haciendo que la profesión se caracterice como un trabajo de amplia autonomía de desempeño y de un profundo carácter intelectual. Por tal razón, su calidad tecnológica, en tanto acción de intervención manual, será concebida como radicalmente distinta a otras similares, respecto de su carácter de manipulación directa de los objetos de trabajo. La profesión médica se separa de

los demás trabajos técnicos no solo porque designa acciones que demandan calificaciones específicas y especiales, porque el conocimiento involucrado (la ciencia) sea complejo y extenso, o porque tenga reglas propias del ejercicio, sino porque detenta normas de conducta bien establecidas, que definen una moral de la práctica e implican una sabiduría acerca del uso de ambos: conocimientos y valores éticos.

Ese conjunto de atributos permite que la idea de trabajo se aparte de la práctica del médico y que se la recalifique como acción genérica, bajo la noción de profesión. Esto confiere a sus agentes, en el conjunto de los trabajos sociales, una identidad inmediata, circunscripta y protegida en claros y estrechos límites de acceso. La intervención manual, en este caso, trascendería su carácter operativo, en el sentido de manipulación pura y simple de un objeto de práctica, para expresar un acto moral, en el que la manipulación solo se funda en la dependencia de éticas de interacción médico-enfermo. Podemos considerarla, pues, como *técnica moral-dependiente*.

No hay duda de que ese modo de interpretar la profesión médica, desde su génesis en la sociedad capitalista, en la escala de valores mediante la cual se aprecian las acciones sociales y se valoran sus sujetos, produce una distinción y elitización del trabajo de los médicos ante los demás. Pero para la propia sociedad resulta más importante que sea así, dado que se trata de intervenciones sobre personas. Por eso, el “buen” uso de la ética, la capacidad personal del médico de comportarse de un modo moralmente adecuado, es lo que se elige como principal calificación para este trabajo. La profesión no demandaría, así, solo prácticas peculiares, sino fundamentalmente personas peculiares, seres humanos con un “don”. No es de extrañar, por lo tanto, que las referencias a la aptitud o a la vocación, casi siempre dominen sobre los intereses, gustos personales o la relevancia social, como justificación para la elección de la profesión, e incluso en su interior, frecuentemente, se presente como la razón principal de la elección entre sus diversas ramas.

La noción de profesión, en el sentido mencionado anteriormente, califica la práctica de los médicos de “talentosa”, mezcla de arte y técnica: técnica en el arte, supremacía creativa de un proceder técnico éticamente adecuado. El arte reside, pues, en esa capacidad de aplicar lo técnico-científico bajo preceptos “correctos” de comportamiento personal. Es un oír, recibir, interesarse, reconfortar, orientar, en el que se disponen las acciones técnicas derivadas de la ciencia.

Podríamos decir que la capacidad del médico está en elaborar una tecnología de lo “afectivo” en lo técnico. Así, no es tan curioso que se tome el arte por “humanismo” y que se atribuya a tal capacidad elementos ajenos a la competencia técnica (*stricto sensu*). La noción del don supera conquistas educativas de formación, para mezclar, con cierto predominio, elementos no materialmente identificables, de carácter transcendental, metafísico. El don, en este sentido, o la aptitud, no se adquiere: “se tiene” por naturaleza, sería natural, pero no para toda la especie humana, sino que sería una rara propiedad (inexplicable) de algunos (Bisseret, 1979).

Antes de proseguir, cabe señalar que estas consideraciones apuntan a exponer el ideario referido a la noción de profesión médica, pero no se constituyen, en tanto tal, en la perspectiva aquí adoptada. Por esa razón, el uso del término “afectivo”, para referir a la presencia de la subjetividad del agente en lo técnico del trabajo, remite a

lo simbólico propio de la ideología del pensamiento médico, aunque sabiendo que esta presencia significa, más que el afecto, el juicio del médico para operar intervenciones. Por otro lado, a través del contraste afectivo/técnico se intenta destacar una dimensión de la realidad —aunque no menos real— no equivalente a las cosas, con la que usualmente se identifica la noción de técnica.

La descalificación de la presencia de la subjetividad en cuestiones técnico-científicas, procedimiento propio de la racionalidad científica moderna, torna extraña la convivencia de valores y cosas en lo real, reduciendo la técnica a desempeños derivados exclusivamente de las propiedades naturales de los objetos y desprovistos de apreciaciones valorativas por parte de los sujetos. El recurso ideológico al don o a la vocación, en este caso, representa la apelación a lo trascendente para recomponer esa radical separación que hace el propio pensamiento médico, al adoptar aquella racionalidad científica, entre el sujeto y las “cosas de la naturaleza”, produciendo la curiosa simbiosis de algo “natural” que no es para nada natural y que constituye el don para la profesión.

Lo interesante es el doble tratamiento conceptual de *ciencia* y de *arte* que, al interior de ese ideario, fue acuñado a la práctica médica. La posibilidad concreta de ese tratamiento deriva de la peculiaridad del trabajo de los médicos, en razón del especialísimo objeto del cual se ocupan: al coincidir el cuerpo-objeto del trabajo médico (*la enfermedad*) y el cuerpo-necesidad social/finalidad del trabajo médico (*el enfermo*), es posible que se tomen como equivalentes el tratamiento del enfermo, que se da como *arte (de curar)*, y el modo de tratar enfermedades, que se da como *ciencia*, confundiéndonos en la noción de medicina: arte y ciencia de curar (Mendes-Gonçalves, 1984).

Esta cuestión es central, pues el pasaje de una a otra identidad, de sujeto enfermo a cuerpo portador de enfermedad, son procesos importantes de elaboración reflexiva para la problemática de la autonomía en el trabajo, lo que se discutirá más adelante, con mayor detenimiento. No obstante, por ahora es interesante plantear el hecho de que los médicos consiguieron estructurar su trabajo en esta conjugación de arte con ciencia, y que ese proceso ha sido bastante exitoso en hacer que las prácticas que ellos mismos conciben como opuestas —la artística y la científica— convivan, como también se verá, de manera tan solidaria en su trabajo. Y en esto, indubitadamente, reside un gran arte.

A través de todo ese conjunto de formulaciones, el ideal de profesión queda subordinado a su agente o, como máximo, a su posición dentro del proceso de trabajo, de modo tal que (adaptada) le permite el “pleno” desempeño personal. De ese modo, el ideal de profesión queda vinculado directamente y subordinado a ese *plano de lo personal*. De allí que la autonomía aparece tan adherida al ideal de profesión y por eso también el profesional no se identifica con cualquier otro trabajador, en el sentido de que el agente sería solo uno de los componentes del proceso de trabajo, un recurso del trabajo. En la profesión, el agente es casi el propio proceso, puesto que es su componente nuclear, al cual los demás se subordinan, ya que los demás componentes no tendrían sentido fuera de aquel que les demarca el médico en el acto de la práctica. En la noción de profesión, por lo tanto, la concepción de

proceso de trabajo se reduce casi totalmente a las dimensiones del agente, dado el predominio de este en el control del trabajo.

Tal vez, sobre todo para el lector médico, esas identificaciones resulten demasiado obvias. Sin embargo, hay algunas consecuencias de esa representación que ya no son tan inmediatamente visibles. Por ejemplo, a diferencia de la mayoría de los demás trabajadores (entre los cuales están incluidos otros trabajadores intelectuales, tales como los ingenieros o los administradores, cuyo “talento” personal es relativizado en el trabajo) la calidad del trabajo médico, es decir, el “buen cuidado médico” se articula directamente a la calidad de la figura personal de ese agente. Todo sucede como si el trabajo dependiera justamente de su conformación moral y técnica. No es casual que muchas de las cuestiones referentes a las condiciones de trabajo queden reducidas a problemáticas de la formación del agente, a cuestiones de la calidad de la enseñanza médica. Ese desplazamiento también deriva del hecho de que la formación universitaria tendría esa función de conferir conocimientos y adiestramiento en habilidades técnicas, además de desarrollar actitudes morales/conscientes, mediante las cuales el médico pasa a ser el principal elemento de ajuste, de corrección o preservación de la calidad de la práctica. Es por eso que, por esa concepción de autonomía de la educación relacionada al trabajo, innumerables propuestas de reorganización del trabajo suelen resumirse a proyectos de reorganización de la enseñanza o de la escuela médica (Schraiber, 1989).

Otras veces, sin embargo, las cuestiones del trabajo se remiten a la esfera de la formación moral privada del médico, razón por la cual su origen —la familia de la que proviene, sus condiciones de vida, su *background* cultural y religioso— aporta positivamente en la evaluación de las potencialidades de su práctica. También es por esa vía que se incorpora la noción de “heredabilidad”: ser hijo de médico, o de parentesco cercano, suma puntos a favor, por ejemplo, para los clientes.

Sin embargo, esas representaciones ya no son tan homogéneas entre los médicos respecto al pensamiento que expresan sobre la profesión. Algunos ya identificaron con claridad la relativización del agente en el proceso de trabajo. En realidad, el rechazo a aceptar esa relativización se ciñe a los segmentos que, en el pensamiento médico actual, están volcados a la defensa de los valores tradicionales. Más importantes que estos últimos y actuando como intelectuales orgánicos de la categoría están aquellos que reelaboran las concepciones más antiguas en las actuales y las mantienen al transformarlas.

Ese proceso de “modernización de los intelectuales tradicionales”, mediante el cual los médicos reconstruyen ideales de práctica y de profesión, surge como necesidad de formular un ideario que se corresponda con los cambios efectuados en la organización de la práctica. Con la especialización, se impone una nueva concepción de servicio médico y de articulación entre los trabajos, al mismo tiempo que se mantienen la defensa de algunos de los antiguos valores que tal transformación puede modificar, pero no anular (Donnangelo, 1975; Campos, 1988).

Para apreciar mejor esas reelaboraciones es necesario analizar otros sentidos más para el desempeño personal, tal como fue originalmente constituido en la construcción de la profesión médica.

Al quedar reducida la esencia de la estructuración del trabajo al plano personal de los agentes, el acto médico expresa la acción desencadenada por la voluntad del sujeto, es decir, depende del médico, de su disposición personal. A partir de allí, surgen las características de *responsabilidad* y *dedicación*, como cualidades necesarias para el desempeño de la práctica. Estas, si bien pueden ser desarrolladas a través de un gran entrenamiento en la etapa formativa —sobre todo en lo que atañe al desarrollo del respeto moral por el paciente en función del tipo de conocimiento involucrado— son cualidades que solo pueden ser ejercidas como disposición personal, incluso porque su ejercicio es una relación personal y directa del médico con el cliente, aunque la práctica esté centrada en la consulta (Freidson, 1970a). Se trata, pues, de cualidades que parecen exigir fundamentalmente vocación, dado que, si bien su ejercicio opera gracias a disposiciones de un colectivo, sea cual fuere, a partir de la normatividad social, no se muestra de inmediato como producto de ese colectivo. Se revela, ante todo, como disposición personal del médico de *servir* al enfermo, por medio del cual sirve al colectivo-social. Y en ese plano de lo social, en contrapartida, se le reconocerá un determinado prestigio, un valor que se le atribuye en la escala social, pero que le permite obtener una *satisfacción personal* en el ejercicio de la profesión.

El reconocimiento del valor del trabajo profesional también se da en la acción individual, pues se presenta como un reconocimiento personal por parte del cliente (el enfermo individual), cuando busca al médico espontáneamente, al seleccionarlo entre los demás y al aceptarlo como sujeto de mayor poder en la relación médico-paciente. El enfermo, como persona común, debe someterse al conocimiento general (la medicina) que representa el médico, y al conocimiento particular (sobre el enfermo) que el médico ejerce cuando dispone y aplica la medicina de una determinada forma. En síntesis, se trata de la *confianza personal*, que sustenta la libre elección del médico, por medio de la cual se evidencia no solo el valor de la categoría profesional, sino de ese médico individual en particular:

...una ideología bastante difundida, según la cual la dignidad profesional, la motivación para el trabajo, la preservación de los principios éticos y la propia calidad de la actividad médica pueden ser significativamente elevadas a partir del momento en que se le asegure al médico la posibilidad de ser libremente elegido por el paciente y de determinar sus propios patrones generales de relacionamiento con él. (Donnangelo, 1975)

Por lo tanto, hay un movimiento que se percibe como demanda *voluntaria* del servicio, una búsqueda activa y personal por parte del paciente, que la profesión caracteriza como *consulta*; atención que se daría por solicitud externa y solo se produciría dónde y cuándo esta surgiera: “...*the survival of medical practice depends upon the choice of laymen to consult it. Choice to consult cannot be forced; it must be attracted*” (Freidson, 1970a).

Está claro que todo esto hay que entenderlo como algo que sucede en el plano colectivo, en el plano social. Lo que se quiere destacar es que justamente en esa

aparición de demanda espontánea, personal, voluntaria por parte del paciente, se origina la representación del acto médico como una relación que se da en el plano interpersonal. No solo es un servicio como otro cualquiera, ni tampoco una mera aplicación técnica de conocimientos científicos: esta relación se presenta también como un *cuidado*, además de una atención. La intervención se caracteriza por la manipulación directa pero también por la *orientación* y por el *consejo*. Y dado que se pauta en esas actuaciones vinculadas a un *interés personal* por el paciente y se adentra en los acontecimientos privados de este, la privacidad de la propia relación es base necesaria para el componente ético que debe superar el plano técnico del diagnóstico y del tratamiento. He aquí el fundamento del *secreto profesional*, cuya sustentación objetiva no puede ser, por lo tanto, otra, a no ser la de una relación que es también *exclusiva*:

...el acto médico es un coloquio singular, es decir, una especie de dueto que no está compuesto por el silencio del consultorio sino de los personajes: el médico y el enfermo. Es un acto cerrado en el espacio y en el tiempo, que se inicia con una confesión, continua con un examen y termina con una prescripción. Hay ahí una unidad de tiempo, lugar y acción. Ese encuentro, como bien lo sabemos, es el de una técnica científica y un cuerpo, pero se prefiere creer que son esencialmente dos almas... (Peguinot, 1953)

En la individualidad del acto privado y exclusivo, esa atención revela fundamentalmente una conducta moral, modo por el cual se debe cuidar de la libertad del sujeto-paciente que, por ser libre para demandar atención, será libre para exponer su sufrimiento. Y el acto médico requiere esa conducta para que el paciente pueda presentarse sin limitaciones en el ejercicio de su subjetividad, y sentirse libre para expresar el dominio que tiene de la enfermedad como parte de sí mismo. Por lo tanto, es una atención que también impone límites a la libre presencia del paciente, dado que esta se enfrenta con la libertad del médico de observar, disponer, elaborar y actuar sobre aquel dominio que el paciente tiene de la enfermedad, en el ejercicio de sí mismo, como médico. En otros términos, la privacidad de la práctica es la vía por la cual, por un lado, el paciente se realiza como sujeto, que se reduce a portador de la enfermedad, y por otro, el médico se realiza como sujeto de mayor autoridad, sujeto que sabe.

La demanda espontánea y voluntaria del paciente también es concebida por el pensamiento médico como ejercicio de una moral. El comportamiento demandante supone no solo el reconocimiento del orden médico por parte del enfermo, sino se constituye en ideal de comportamiento ante la enfermedad en referencia al orden social, por lo que el enfermo además de reconocer ciertos estados vitales como necesidades de intervención médica, se somete sin restricciones a esa intervención. En resumen, al aceptar que sea el médico el sujeto del saber, acepta ejercer su propia subjetividad en calidad de *aprendiz*, de allí que también para el paciente el acto médico sería una atención, que trata, pero, sobre todo, orienta, aconseja, enseña:

When the societal reaction sends the layman into professional consultation, it has moved him into a different domain that of the profession. Some of the force of societal

reaction must be lost at the door. At the point of entrance into consultation lay conceptions of illness no longer stand by themselves. (Freidson, 1970a)

Esta misma actitud del enfermo traduce, en la voluntad personal individualmente realizada, un condicionante social, puesto que se trata de una acción estructurada en la organización social global. Sin embargo, la racionalidad que la justifica en el plano del pensamiento médico hace de ella una representación que ve en ese movimiento un acto de comportamiento libre, esencialmente dado por la moral del “demandar responsable” a la cual adhiere el paciente, como contrapartida ética del “servir responsable” que el médico ofrece a la sociedad.

Pero en la esfera del paciente se trata de una responsabilidad referida no exactamente al médico y a su orden, sino a lo social. El paciente valora positivamente el funcionamiento regular, usual y normal del cuerpo como expresión de salud, tal cual se presenta en sus condiciones cotidianas de vida, por referencia a la preservación del orden social. Por lo tanto, el enfermo va en busca de la atención que podrá restituírle esa situación valorada: la situación anterior a su padecimiento, cuando, como sujeto social, aquel individuo tenía un uso de su cuerpo tal que respondía a lo socialmente esperado. Y el hecho de que todos esperen la reparación mantenedora del colectivo-social en la libre iniciativa de carácter individual deriva, por un lado, de la concepción de la enfermedad como moralmente indeseable en calidad de comportamiento social, pero concebible y moralmente aceptable en el individuo y, por otro, del ideal de alcanzar lo social exclusivamente a través de las actividades individuales y de las iniciativas personales. La enfermedad en el colectivo se controlaría por medio de la atención individual, fundada en el comportamiento ético de cada uno, personalmente, y en el ejercicio del libre albedrío de la demanda de cuidado médico.

Históricamente, la preocupación por demarcar un colectivo-social para el ámbito de la acción médica, que otorgue a la medicina un alcance colectivo y que objetive la enfermedad en un ámbito social cada vez más controlado por la medicina, correspondió al propio proceso mediante el cual esta práctica va, conjuntamente con las demás prácticas de la sociedad, asumiendo características de la forma capitalista de vivir en sociedad. El trazo peculiar de la medicina está en haber constituido una intervención *individualizada* como forma histórica adecuada. El surgimiento de la Clínica (saber clínico) como medio de trabajo propicio para la medicina del capital, que es esencialmente individualizante, al mismo tiempo en que se propone un control de la enfermedad en lo social, muestra bien la equivalencia que la medicina formula entre lo social y lo individual (Donnangelo, 1976; Foucault, 1977), lo que también ocurrirá en el ámbito de todas las otras prácticas sociales.

De este modo, es como si en la predisposición personal del enfermo para buscar la atención del médico y su celeridad en esa dirección, derivara tanto la colaboración con la eficacia diagnóstica y el tratamiento realizado, como la validación del propio orden médico.

Como reconocimiento a esa actitud, la sociedad validará la presencia del paciente en su interior, lo que implica toda una reorientación del orden social de los derechos y deberes, a través de una peculiar y mas legítima forma de ejercicio

de ciudadanía: si bien en el conjunto social existe un juicio negativo respecto de la enfermedad, la valorización del enfermo reside en eximirlo de culpa; no hay responsabilidad personal en ese comportamiento social (de enfermo). Solo la enfermedad es pasible de juicio, no el enfermo, puesto que la primera no es producto de la acción intencional de este, sino acontecimiento posible, aún cuando existan gradaciones de ese referencial en el ejercicio concreto y cotidiano en el que los médicos lidian con los enfermos, en función de ciertas modalidades de padecimiento que, como resultado de actitudes por parte del enfermo, pueden ser vistas como “condenables”.

Según se trate de enfermedades agudas o crónicas, infecciosas o no, leves o graves, todos estos estados se conciben de un modo distinto, como eventos más o menos casuales con relación a los comportamientos de los pacientes, y entonces también se legitiman de un modo distinto en cuanto a la eximición de los compromisos o a la ampliación de los privilegios sociales de sus portadores; aunque, como cuestión social, el enfermarse en la sociedad es una situación, en general, permitida, con el desarrollo de prácticas sociales de acogimiento del enfermo y no de punición (Freidson, 1970a).

El hecho de que las enfermedades crónicas o las infecciosas que se dan sin una participación directa del individuo, e incluso casos graves, reciban distintos tratamientos sociales en cuanto al papel del enfermo, en comparación con los casos agudos o leves (tales como resfriados o disturbios digestivos rápidos), o en comparación con casos infecciosos como, por ejemplo, una enfermedad venérea, aunque no anule la conducta general de validación de ese papel, denota al mismo tiempo una absolución de la incapacidad y, por lo tanto, una eximición relativa de las obligaciones normales, indicando también relativizaciones en las responsabilidades que puedan ser imputadas (Freidson, 1970a).

De ese modo, el sentido para el enfermo de la posición que ocupa en la relación médico-paciente combina una aceptación de un conocimiento limitado con una actitud moral adecuada, lo que caracteriza la presencia o la participación del enfermo en esta relación dentro de posibilidades muy específicas de realizar su subjetividad y expresar sus deseos, expectativas o recelos personales. Para el médico, a su vez, la misma combinación entre el aspecto técnico y el aspecto ético de la relación asume el sentido opuesto. La concepción que se formula en el ideal de práctica es clara: define en la *autonomía* la posición necesaria y adecuada para la buena consecución de todas las demarcaciones señaladas, sean técnicas o de orden ético.

Solo en apariencias la delimitación del dominio médico se funda directa y totalmente con base en el conocimiento científico, pues su monopolio confiere a los médicos la legitimidad de sujetos que saben sobre las enfermedades, pero para los enfermos la sabiduría se funda en un sustrato de otra especie: la *experiencia clínica*. Así, solo la experiencia vivida en la práctica puede completar al hombre de ciencia, y completarlo en dos niveles: el técnico y el ético; o mejor, aportar conocimientos en el *arte de combinarlos*. Y cabe considerar que se diferencian dos dimensiones que solo se pueden separar analíticamente: la de la acción propiamente técnica del diagnóstico/tratamiento y la de la interrelación personal entre el médico y el paciente.

En ambas se da la combinación técnico-ética, puesto que, por un lado, al médico le corresponde saber el modo de develar la enfermedad que le trae el enfermo. Es decir, develar los planos personal (subjetivo) y corpóreo (objetivo), aislándolos, reclassificándolos con base en la realidad que le presenta al enfermo y en la cual ellos se encuentran consustanciados. Por otro lado, el médico también debe tener la sabiduría de cómo hacerlo, de modo que el enfermo le confíe toda su persona, con precisión y en completa entrega de su subjetividad. Los términos *mi médico/mi paciente* dan cuenta de situar esa relación como vínculos de plena *confianza*.

Se trata, pues, de la sabiduría del buen ejercicio de su monopolio de saber científico, saber que le confiere la prolongada y compleja formación educativa. Y aunque los casos que ve en esa formación también resulten ser una iniciación en la sabiduría de la profesión, es un aprendizaje insuficiente al que hay que agregar lo vivido en la práctica.

¿Dónde reside la insuficiencia? ¿Por qué la ciencia no es capaz de suplir toda esa complejidad? Nuevamente, aquí, una respuesta clara desde una de las más respetables máximas de la medicina: porque *cada caso es un caso*. O, su equivalente, que apela a la “soberanía de la clínica”, es decir, a la experiencia profesional, cada vez que el pensamiento clínico entra en disputa con cualquier otro dato, aunque más objetivos, que el acto médico.

Esa proposición trae el sentido de la fuerte presencia de la subjetividad del médico y de su progresivo fortalecimiento a lo largo de la experiencia acumulada en los múltiples casos que asiste, y expresa la creencia en el único aprendizaje que sería eficaz para la profesión: descubrir las mejores formas de ejercer la plenitud del sujeto, demarcando en la práctica clínica el modo operativo adecuado para la realización de sus monopolios de saber y de prácticas. Se trata, de ese modo, de la peculiaridad de la práctica en la que el aspecto técnico, que usualmente expresa la *aplicación de la ciencia*, requiere el dominio especial de un *arte*, el de considerar adecuadamente las circunstancias de cada caso.

La medicina es, ante todo, intervención, práctica técnica, de allí que el pensamiento médico conciba la técnica, esencialmente, como acción transformadora, y es allí cuando el conocimiento científico adquiere su estatuto de máxima eficacia y validación. De ese modo, si la práctica médica es concebida como *segura* por su carácter científico, en cierto sentido es también por la practicidad que el conocimiento médico se muestra *eficaz*: conocer las enfermedades, ser capaz de diagnósticos son precondiciones para el tratamiento; pero el conocimiento terapéutico-práctico importa más que el conocimiento científico:

...the aim of the practitioner is not knowledge but action. Successful action is preferred, but action with very little chance for success is to be preferred over no action at all. There is a tendency for the practitioner to take action for its own sake on the spurious assumption that doing something is better than doing nothing. (Freidson, 1970a)

Además, como señala este mismo autor, con relación al paciente que busca el médico: “*The request is ‘Doctor, do something’, not ‘Doctor, tell me if this is true or not’*”.

Es evidente que se requiere mucho cuidado en el tratamiento analítico de estas cuestiones, puesto que envuelven componentes sustantivos de la práctica y de su representación como actividad técnico-científica. Se trata nada menos de las relaciones entre la ciencia y la técnica, y las relaciones de estas con la verdad científica, todas ellas símbolos de la calidad superior de la vida moderna y en articulaciones tales que confieren credibilidad a la medicina contemporánea.

Por lo tanto, la presencia efectiva de la ciencia en esta práctica técnica refiere a la precaución de no construir un análisis basado en apariencias: la medicina de hecho aplica el conocimiento sobre las enfermedades. No se plantea que su fundamento sea la ausencia del carácter científico, sino que al señalar la acción como precedente, de lo práctico con relación al conocer, se buscó poner en evidencia el modo peculiar por el cual el carácter científico se inscribe en esa práctica. La dualidad enfermos-enfermedades, como muy bien demostró Canguilhem (1971), está presente como movimiento sustantivo del juicio clínico en y del acto de la práctica: es el enfermo que busca cuidados, pero es la enfermedad lo que el médico diagnostica. Con base en la enfermedad, el médico proyecta los tratamientos, los cuales, a su vez, deben ser pertinentes para el enfermo y eficaces dentro de las condiciones en las que el individuo se enfermó; cualidades que deberán aplicarse no solo a la dimensión en la que la enfermedad domina, es decir, en el plano corporal, sino a la totalidad del enfermo. Y en la esfera de este último, el plano en el que es sujeto social, en cuanto valor mayor de la vida en sociedad, se superpone a la objetividad del cuerpo.

Dicho de otro modo, con relación al enfermo una intervención solo es pertinente y eficaz si le resulta posible, es decir, si concretamente puede ser realizada, y si como resultado puede seguir viviendo en las condiciones que tenía antes de enfermarse.

Desde un primer punto de vista, por lo tanto, el enfermo se presentaría como una situación particular dentro de un conocimiento general dado a partir de la patología. Si toda la cuestión de la práctica se resumiera a eso, y se retiraría todo el arte, la medicina quedaría como la “ciencia de curar”, mediante lo cual se reduciría también su máxima clínica de “*todo caso es un caso*” a “*todos los casos son un caso*”, es decir, lo general repetido en lo particular. Pero el médico debe apropiarse de la individualidad en el acto de trabajo a través de una acción doble: lo particular relativo a lo general y, simultáneamente, lo singular, en el profundo entrelazamiento de dimensiones naturales y no naturales que constituye lo personal, tal como se postula para el acto médico adecuado, como ya se mencionó anteriormente.

Por lo tanto, técnicamente se exige que la atención de la patología se realice mediatizada por la clínica, como conocimiento que incluye el saber de carácter más práctico, por medio del cual la técnica aplica la ciencia. Se trata del diagnóstico clínico, que parecerá, pues, fundado en la patología, pero lo será solo por intermedio de un saber práctico que articula la patología a conocimientos del orden de lo subjetivo de los enfermos, y así se presenta como un saber que interconecta este último plano con el plano objetivo de las alteraciones anatomofisiológicas del cuerpo. Véase que en la clínica están presentes varias dimensiones de la subjetividad: síntomas; reacciones psicológicas a la enfermedad, al sufrimiento, y al propio tratamiento; situaciones de vida condicionantes de los disturbios objetivos del cuerpo, y así en

adelante. Esas dimensiones, sin embargo, son descalificadas como subjetivas, tal como se puede ver en los textos de clínica que presentan los conocimientos operantes estructurados en moldes de un saber general y positivo del comportamiento de las enfermedades de los enfermos, es decir, como si la patología fuera un conocimiento fundamentalmente científico.

Si esto le sirve al saber clínico de amparo legitimador, por otro lado, este saber impersonal sobre las personas —al igual que la propia ciencia— implica *mediaciones* del esquema operativo en las condiciones particulares y concretas de ejecución de los trabajos asistenciales, dado que cualquier generalización es incapaz de abarcar total y satisfactoriamente el ya mencionado doble sentido de la individualidad. Si es menester, pues, dominar el conocimiento científico, lo que importa sobre todo es dominar el arte de aplicarlo, sabiduría del ejercicio concreto que se puede aprender solo en el ejercicio acumulado, por medio de la experiencia práctica de la clínica.

Lidiar con individualidades es una sabiduría especial del médico, dado que las va conociendo, al mismo tiempo que descubre verdades y las controla en la articulación de lo general/abstracto de la enfermedad con lo particular/concreto del enfermo. Todo eso de modo tal que también implique ofrecer soluciones aceptables para el enfermo. En síntesis, toda esa sabiduría se refiere a las relaciones entre dos individualidades, tal como emergen el médico y el paciente en la relación interpersonal de la consulta, aprendizaje que no solo es parcialmente factible de ser transmitido a otros, sino que cada médico siempre siente también que domina parcialmente esa sabiduría práctica de su profesión, ese arte.

También para el médico cada situación se presenta hasta cierto punto como novedad: todo diagnóstico es simultáneamente *aplicación*, en un sentido, y *descubrimiento*, en otro. Es conocer, tal como la práctica científica, produciendo verdades, valiéndose de los conocimientos anteriores, pero con una independencia relativa. Y el hecho de que sean verdades específicas para el caso, no les saca el mérito de que sean verdaderas para el médico. Al contrario, en esa peculiaridad de la realidad médica reside su virtud. Por otro lado, no deja de ser una práctica técnica, aplicación de clínica de un modo más inmediato, y de patología de forma más mediata.

Curiosa conjugación de significados, ambivalencia de sentidos que se evidencia en todos sus términos-maestros, en la ambigüedad de las designaciones con que la medicina o la clínica quieren decir mucho más que sus significados parciales de aplicación y de descubrimiento; y quieren decir, incluso, mucho más que las meras yuxtaposiciones de estos dos significados. En ese sentido, el término *arte* les resultaría mucho más favorable.

Nuevamente cabe recordar que si en el cotidiano el arte no es tan pródigo en materia de creatividad personal, en el plano de lo ideal, esta práctica está representada por la calidad de un acto siempre “único”, lo que colabora a que la relación médico-paciente se torne una cuestión relevante ante la rutinización del trabajo para el médico y ante el valor de la enfermedad para el enfermo, como su realidad personal.

Estas últimas consideraciones apuntan aparentemente a una “distancia entre intención y gesto”; o sea, harían suponer un ideal sin soporte en la acción. La cuestión

es en realidad un poco más compleja: si para el paciente cada episodio mórbido es único, para el médico la enfermedad es supuestamente conocida por la apropiación de un saber. Lo que será único es todo el acto de la clínica, es decir, el modo por el cual el enfermo y la enfermedad se “conectan”. Y sería único porque el médico desconoce a la persona “en la enfermedad”. Sin embargo, esa separación entre enfermo y enfermedad solo existe en la construcción reflexiva que el médico hace de la realidad, y lo difícil será exactamente procesar con éxito la situación que es conocida pero, al mismo tiempo, no es conocida, dado que también el médico sabe que debe tener en cuenta la totalidad singular del enfermo.

Por lo tanto, es importante señalar esa exigencia de la práctica, aparentemente paradójica, de siempre tener que responder a la demanda con una intervención que debe hacer uso de la ciencia, pero también crear lo nuevo y formular descubrimientos que sean eficaces y pertinentes de forma inmediata, aun cuando lo haga sin las mismas posibilidades que detenta la ciencia de configurar su creación como conocimiento *seguro*, o en situaciones que, valiéndose de la estadística, la ciencia natural puede conocer hasta la medida y la extensión de esa seguridad.

He aquí la razón de por qué la práctica médica es concebida como práctica que implica *juicios complejos*, *riesgos* y algún grado de *incertidumbre* en las decisiones diagnósticas y terapéuticas (Freidson, 1970a). Sin embargo, es al mismo tiempo una práctica socialmente ofrecida y demandada como *intervención segura*, lo que señala concretamente una superación de la imagen anterior, o por lo menos una resolución anticipada de la cuestión de las incertidumbres: un “buen” juicio complejo disiparía la inseguridad, al anular el riesgo. Esta última imagen se funda en la concepción de que los riesgos derivan más de la naturaleza de la organización social del trabajo médico que de un inadecuado uso de la técnica por un conocimiento científico insuficiente con relación a las situaciones concretas de la práctica. Este aspecto solo refuerza la necesidad de comprender la superación de las incertidumbres como producto de otros postulados que rigen la medicina más allá de su fundamento en la ciencia: el pragmatismo y la creencia del médico en su propia capacidad.

De este modo, la práctica médica es representada, además, como intervención fundada en la competencia personal del médico, por la cual deberá desarrollar un sentido de singularización, ejercitar bien su subjetividad, y establecer también las propias reglas de decisión y los límites de su intervención. En otros términos, el médico deberá desarrollar los criterios y los mecanismos de su *autorregulación*.

Para un ejercicio de esta naturaleza, cargado de tantos y tan complejos requerimientos, la forma de su desempeño no podría ser otra que aquella realizada con amplia autonomía, en la que el médico dispone de las condiciones para adquirir y ejercer su experiencia clínica individual. Es así que el ideal de práctica se articula a un ideal de producción ante la sociedad, bajo la forma de actos individualizados y dependientes en forma directa de la figura del médico: acto de relación interpersonal y siempre individual; acto de competencia personal, por vocación, por formación familiar y educativa, todos medios a través de los cuales el médico puede desarrollar en forma personal la calidad central de la profesión, el arte con que usará sus conocimientos científicos.

Pero ¿qué sería este arte sin la independencia del médico con relación a todos los componentes “externos” a la demanda que le presenta su paciente, para que nada lo perturbe o influencie en el juicio complejo y arriesgado que hará? ¿Qué puede disminuir la incertidumbre a no ser el aislamiento en el momento creador, en que el médico encontrará el diagnóstico ya como parte indisociable de aquel enfermo singular, de aquella *enfermedad como realidad individual y subjetiva*?

Al aislarse y mantenerse independiente respecto de otras dimensiones de la realidad de la práctica que componen el acto profesional, el médico ejercita su saber “puro”: imparcial y neutro por referencia a los órdenes “exteriores” que así deben ser mantenidos; y pleno con relación a otros órdenes constitutivos de la “esencia” del acto médico. Los componentes de la vida social concreta, y que también atraviesan el trabajo profesional, no deberían perturbar su “absoluta atención”: su remuneración, las condiciones materiales del ejercicio laboral, las formas por las cuales el cliente lo buscó o paga sus servicios, lo que de hecho sucederá con el enfermo después de la atención brindada o, incluso, su propia condición de un ser igual a su enfermo, alguien que también se enferma.

En ese sentido, el aislamiento provisto por la consulta, como práctica interindividual y exclusiva, se constituyó en la forma material imprescindible para este desempeño. En otros términos, como ya fue mencionado: *una especie de dueto que no está compuesto sino de dos personajes en el silencio del consultorio...*

Resulta significativa también esa referencia al silencio en el encuentro clínico de la consulta: el consultorio o el hospital constituyen una separación entre las dimensiones “externas” e “internas” al acto médico, que demarca bien un ambiente de práctica que excluye la participación de la vida cotidiana, excepto a pedido del médico por una necesidad técnica “interna” al propio acto. En ese sentido, el consultorio, aun cuando esté ubicado en el domicilio del médico, guarda una distancia apropiada del espacio de la vida privada del médico, como otro espacio individualizado, aunque simultáneamente permita un fácil acceso del enfermo al médico, lo cual traduce la disposición de este último para servir al enfermo, en la medicina liberal. Así, la división entre lo “externo” y lo “interno” que sustenta la presencia científica en la profesión tiene su origen en ese proyecto liberal, pero se expresa de modo aún poco evidente en el plano de la organización social de la producción asistencial. Esa brecha resulta mucho más evidente, dentro del plano del proyecto asistencial, en la práctica hospitalaria, como muestra Foucault en su análisis sobre el nacimiento de la clínica (1977) y en el nacimiento del hospital como instrumento de cura (1984), o incluso como señala Schraiber (1989) sobre la invención del hospital-escuela como centro de la formación de los médicos.

Por lo tanto, el momento del diagnóstico y de la proyección terapéutica demarca, en el acto profesional, planos de distinta relevancia: el “adentro y el “afuera” de la práctica técnica. Y si la independencia referente a lo que es “exterior” definiría la neutralidad médica ante los otros elementos de la realidad que se inscriben allí, se requiere otra independencia en el plano “interno” del acto, para que, en sentido opuesto al de aquella misma neutralidad, pueda mantener una determinada autonomía respecto de la objetividad absoluta de la enfermedad en el plano del saber

científico. Solo así podrá efectuar la inevitable y necesaria reintegración de lo social y lo subjetivo en la objetividad que construyó el saber médico acerca de la enfermedad universal, dando cuenta de la realidad en el tratamiento concreto a ofrecer al paciente: “de la enfermedad en el enfermo”.

Cuál es el significado de estos movimientos de exclusiones e inclusiones en el raciocinio clínico; qué es lo que se comunica al enfermo y a la sociedad a través de estos procesos durante el juicio clínico del médico; qué significa captar lo social por medio de lo subjetivo individual, son todos elementos de la práctica que aún se deben examinar con mayor profundidad. Por ahora cabe destacar esa doble connotación de la autonomía: independencia con relación a los valores y normas sociales, por un lado, demarcando una “esencia” técnica y neutra del acto médico; y, por otro, en el momento de realizar esta “esencia”, una independencia inversa con relación a lo técnico-científico. A través de estas especificidades la autonomía del médico representa, al mismo tiempo, el desempeño adecuado a las necesidades éticas y a las necesidades técnicas de la profesión, que la transforman en el modo ideal de ejercerla.

Autonomía: una cuestión para los médicos

La insistencia con que se examina aquí esa dimensión técnica de la práctica médica y cómo se expresa en el pensamiento de los médicos acerca de la profesión, se debe al modo en que ellos mismos la valoran como esfera substantiva de sus trabajos. Ya se mencionó que los médicos no conciben su práctica exactamente como un trabajo, sino que la destacan respecto de las demás actividades sociales, a las que entienden como trabajos. Incluso porque, según ellos, dada la compleja naturaleza del ser humano, la acción sobre ese objeto de intervención se aproximaría mucho más a la noción de una técnica al servicio de un sacerdocio, en el sentido de acción gratificante, y no a un “servicio remunerado cualquiera”; imagen que persiste, al menos hasta los años 1980, aunque atenuada por la ya fuerte presencia de equipamientos e instrumentos de la medicina especializada que se consolidaba.

Con base en esas concepciones, los médicos respaldan tanto el prestigio necesario y el valor social de su práctica, como la validez de su forma monopolizada de ejercer diversos dominios: el del saber, el de la práctica, el de la ciencia y el de la enseñanza. Además, en esos dominios consiguieron reservar para sí mismos la evaluación y la regulación de sus desempeños: *control sobre otros y autocontrol* es la fórmula exitosa de la práctica y que representa su ideal. Esta es el tipo de relacionamiento que los médicos presuponen con respecto a los demás agentes sociales, como en la articulación entre sus propios trabajos. Al definir los órdenes de la vida y de la salud, las transgresiones de estos órdenes y su re-normalización, en actos que solo esta categoría profesional practica, como gerentes y jueces de sí mismos, los médicos demarcan una profesión que parece derivar exclusivamente de la conquista de una autonomía de amplios dominios.

Para ello convergió el hecho de que la práctica médica se estructure históricamente, en sus momentos iniciales de reorientación como intervención moderna, bajo la forma de un trabajo proyectado a costa del saber, pues nació como ejercicio casi exclusivamente fundado en el raciocinio, la operacionalización reflexiva de conocimientos científicos de carácter teórico, con escasos recursos instrumentales materiales. Una técnica, por lo tanto, cuyo principal sustrato tecnológico tenía carácter de *tecnología no material*. Por esa razón, también, ese servicio se puede producir socialmente bajo la condición de “profesión liberal”, de “práctica autónoma”. De esa configuración advino la posibilidad, en el plano de las ideas, de ser incluso descalificado como trabajo social igual a los otros. Por el contrario, se puede entender como práctica cuya esencia y naturaleza propia excluye elementos de la realidad que son más inmediatamente característicos de lo social. No obstante, una vez retirados de la representación del núcleo esencial de la práctica, estos elementos permanecen subyacentes a él, como si fueran las “amarguras”, las “espinas” de la profesión. Así, si el cotidiano social puede “estar fuera” del momento nuclear de la práctica, se mantiene como coadyuvante inexorable de su ejercicio, sea por intermedio del enfermo, sujeto social/agente de producción, sea por intermedio del médico, igualmente sujeto social/agente de producción.

En el ámbito más inclusivo de la práctica, en sus relaciones totalizantes, el acto no consigue liberarse totalmente de las influencias sociales y subjetivas, estructurándose bajo patrones técnicos de obligatoria polarización con relación a juicios y valores. Y eso ocurre porque al calificarse como profesión y descalificarse como trabajo, la práctica médica pagó el tributo de construirse en actos individualizados de relación interpersonal. Por esta razón, se estructuró socialmente como la práctica del pequeño productor privado y aislado, a la que llamamos *medicina liberal*. Esta, sin embargo, a lo largo de la historia del trabajo médico, en su desdoblamiento en los trabajos fragmentados y especializados, y solo después de eso, se mostró como una particular modalidad de producción de los servicios, además de transitoria.

A través de la diferenciación en las formas de ejercer la medicina que se instauran más recientemente, se relativiza la imagen original de esta práctica. De la autonomía del acto técnico a la autonomía en la producción del servicio —que inicialmente significaban *la autonomía de la profesión* y se presentaban como un todo indiviso— emergen contenidos como los de la etapa diagnóstica, por ejemplo, que se consideran sustantivos y otros que serán apartados como secundarios, como las cuestiones político-administrativas de la producción del trabajo médico. El propio pensamiento médico escinde lo que originalmente a los médicos les parecía un conjunto indisoluble: la práctica técnica y la forma de su producción a escala social. Sin embargo, esa es la misma historia en la que surge la autonomía como campo de problematización, y se constituye en una cuestión más que vital para estos profesionales.

Como se mencionó anteriormente, la autonomía es un problema que se experimenta en la vivencia cotidiana del trabajo. Realzada como la problemática central con relación a la calidad del desempeño en la profesión, se constituye en el objeto privilegiado del pensamiento de los médicos acerca de su práctica. Sin embargo, la referida demarcación de los ámbitos “externo” e “interno” de la práctica alude

solo al lado técnico, representado por el momento de la consulta al médico, como aquel que circunscribe en su ámbito los temas considerados como problemas para los médicos.

Pero tal como fue mencionado, al menos por la vía de lo subjetivo-personal, lo social se adentra en el ámbito “interno” de la práctica. Al hacerlo por esa vía, queda recubierto por la propia técnica, es decir, pasa a subsumirse en lo técnico. En ese sentido, aunque la práctica objetivamente lidie con lo social, esto no es reconocido como tal, y quedó reducido a los comportamientos de cada uno.

Vivenciados a través de la singularidad del enfermo y tomados siempre en la particularidad individual del caso, los elementos de la vida social son drásticamente reducidos al plano de la esencia natural y biológica del enfermo, destituidos, pues, de lo social. Los hechos y problemas de lo social son desplazados de su calidad de constituyentes de la vida y consustanciales con lo natural, para pasar a ser circunstancias exteriores: conformarían el *medio*, el ambiente, como conjunto de factores de existencia anterior e independiente del enfermo; o como máximo conformarían, en lo que se refiere a las dimensiones propiamente humanas del mundo natural, la *psicología* de cada uno. Y si esta no puede tener su raíz natural negada, se presenta bajo otro estatuto vinculado a lo “obviamente natural” de los planos del cuerpo, que son más visibles y materializables que la mente.

Ahora, si la autonomía reposa como una necesidad técnica del acto médico, un instrumento de trabajo, exactamente en ese plano del componente subjetivo-personal de la práctica, es de cierta forma hasta contradictorio que las problemáticas relativas a ese plano (y entonces relativas de modo inmediato a lo social) sean las que asuman el papel principal de fuente generadora de cuestiones. No obstante, esa contradicción no será captada por el pensamiento médico, pues las cuestiones implicadas se circunscriben y abordan estrictamente desde el ángulo de la técnica, haciendo que la autonomía en el trabajo parezca reducirse solo a un imperativo de orden técnico.

Desde esa perspectiva y desde el punto de vista histórico, las transformaciones del trabajo médico se toman como si fuesen solo de su desarrollo científico-tecnológico, sin siquiera afectar la relación médico-paciente, o la autonomía del primero delante del segundo, puesto que esta posición desigual sería una necesidad derivada de las características “naturales” del paciente y un imperativo técnico, por lo tanto, de la práctica. Deriva de allí la noción de que, la medicina al “ser” *desde tiempos inmemoriales* una intervención sobre personas enfermas, tal como se revela en la apariencia formal del acto, lo que la calificaría de *moderna* sería su inserción en la racionalidad de la ciencia y de la técnica científicamente fundada.

A esta racionalidad cree imponerle, además, su estilo ontológico, es decir, “ser” no solo una relación interpersonal, sino también una relación desigual, en vez de entender que accedió a adaptaciones radicalmente nuevas, cambió la naturaleza de la relación médico-paciente y creó la autonomía como aplicación científica. Así, aunque la práctica contemporánea de los médicos proceda de forma distinta respecto de las intervenciones anteriores (lo que autorizaría a verlos como un fenómeno nuevo y reciente), y dado que los médicos no fueron creados por la ciencia moderna

aunque parecen “alcanzados” por ella, las transformaciones modernas no son vistas como una ruptura con el orden anterior, tal como dirá el pensamiento médico sobre esa práctica: se trata, *desde siempre*, de una sola y misma medicina, aunque ya no sea empirista sino científica.

En este sentido, es ejemplar la interpretación de las transformaciones de la práctica como consecuencia directa y exclusiva de los descubrimientos científicos y de la creación tecnológica. Según la interpretación de los propios médicos, la historia de la medicina se podría aprehender de forma apropiada a través de la historia de los equipos, de los instrumentos materiales y de las técnicas de manejo correspondientes. Perfeccionamiento de los medios y objetivos inmutables es la imagen de la medicina construida en esta historia (Conti, 1972).

En los trazos “esenciales” de constitución de su trabajo, como el de la autonomía profesional, por ejemplo, los médicos suponen una continuidad histórica necesaria. Consideran que ellos mismos son agentes e intelectuales independientes a cualquier otra racionalidad que no sea la que atribuyen al núcleo esencial de la práctica, viéndose a sí mismos, por lo tanto, (en el sentido técnico que se extiende a todos los otros planos) como necesariamente libres para definir su actuación. O como dice Donnangelo (1976):

A diferencia de otras prácticas sociales, cuyo origen coincide con el propio surgimiento o con el desarrollo de la sociedad capitalista, la medicina tiende a revestirse más fácilmente de un carácter de neutralidad frente a las determinaciones específicas que adquiere en la sociedad de clases. [...] Tal concepción, que se elabora y reelabora, también por referencia a las demás prácticas técnicas, en el conjunto de las relaciones sociales propias a esa sociedad, encuentra, aun, en la marcada continuidad histórica de la medicina, uno de sus principales soportes. La práctica médica y sus agentes no fueron instituidos al interior del modo de producción capitalista. Justamente, al sentirse entre las antiguas formas de intervención técnica, ellos pueden también aparecer más fácilmente investidos del carácter de autonomía, como ocurre con otras categorías de prácticas y agentes que, al preexistir a un nuevo modo de producción, parecen estar preservados de revestir nuevas formas correspondientes a articulaciones totalmente distintas con las estructuras económica y político-ideológica que lo componen.

La propia presencia de la transformación implica intentos de fijar lo tradicional, el orden de prácticas y de valores ya consagrados. Un retorno al pasado, en busca de mantener lo adecuado, o de modernizar con cautela, son presencias constantes en el pensamiento médico: una de las primeras reacciones a las dificultades de la práctica, entendidas como “desajustes” en un deber-ser, es reforzar la tradición; cuando no, son manifestaciones que buscan formas conciliatorias con el objetivo de reproducir lo tradicional. Y dado que la readecuación histórica de la medicina en su modernización se dio a través de la constitución de la producción de servicios en la modalidad de práctica liberal, la marca de lo tradicional instauraría en el pensamiento médico los problemas referidos a la organización de la producción de los servicios en la sociedad. En otros términos, dado que la autonomía profesional se constituyó

a través de una atención médica organizada bajo la forma de pequeños productores aislados e independientes, la propia autonomía del médico pasó a vincularse a las características de esa forma de producción, la que se asoció a la concepción de trabajo libre (liberal): ausencia de conexiones formales entre productores; propiedad de los medios de producción de la atención por parte de los médicos en forma individual; lazos informales con los clientes; y ausencia de obligaciones productivas excepto las generadas por la búsqueda de la consulta y definidas por el tipo técnico de demanda, con base en la cual se definiría para los servicios una remuneración imprecisa, informal y fluctuante.

Si esto significa, según lo mencionado, la superposición del ideal técnico a una forma ideal de organizar los servicios, desde la perspectiva de la autonomía como “esencia” técnica propia al trabajo médico, significa, sobre todo, su desplazamiento a un plano que en principio es considerado exterior: el plano de lo social. Así, la situación laboral en su conjunto pasa a ser condicionante de la autonomía del médico (que ya no se determinaría a costa de las especificidades del plano exclusivamente personal en la producción del cuidado médico). Paradójicamente, pues, el pensamiento médico participará, como forma de manifestación en pro de la autonomía técnica, de las formulaciones de las políticas de salud (Campos, 1988; Freidson, 1970b).

A través de la problematización del mercado de trabajo; de la constitución de nuevas modalidades de producción de servicios (tales como empresas médicas, por ejemplo); o aun de la articulación de los productores entre sí (como en la formación de conglomerados empresariales) y de la participación del Estado en calidad de regulador de la producción, es el modo por el cual se constituye la problemática referida a la autonomía técnica cuando esta comienza a ser tensionada para superarse, con el desarrollo histórico de las fuerzas productivas del trabajo médico, la modalidad liberal de prestaciones de servicios. Se trata, por lo tanto, de un cuestionamiento que no se dirige a la rearticulación de esa autonomía en la esfera reconocidamente técnica del trabajo médico, en trabajos fragmentados por la división técnica del trabajo médico en prácticas especializadas.

No se desprende de allí que, para el pensamiento médico, la especialización no se vincula al establecimiento de “efectos indeseables” para la autonomía. Al contrario, el hecho de que la especialización resulte ser un problema para la autonomía es reconocido por ese pensamiento. Sin embargo, en ese reconocimiento se niegan a tomar la especialización como trabajo fragmentado, es decir, por lo que implica como modo de organizar la producción de los servicios: la interdependencia (en vez de la independencia) y la cooperación (en sustitución del productor aislado). El “efecto indeseable” se toma, en realidad, como resultado de la forma socialmente encontrada, en el plano de decisiones políticas y sociales “exteriores” a la práctica médica, para efectuar la complementariedad y la cooperación entre los trabajos, lo cual sería, desde el punto de vista de los médicos, una forma técnicamente inadecuada. Así, solo perciben la cuestión en el plano de las configuraciones formales de sus trabajos y se abstienen de examinarlo en el ámbito de su contenido más inclusivo: el acto técnico. Tal abstención revela, en realidad, la voluntad político-ideológica de no

exponer ese ámbito a cuestionamientos, porque allí está, exactamente, la dimensión en que la autonomía debería ser siempre preservada: como forma independiente, aislada e individual con que los médicos se articulan a su medio de trabajo principal: el saber. En otros términos, se evitan problematizar las relaciones que fueron construidas con la ciencia moderna entre los médicos y el saber, que se dan en el plano de la aplicación práctica del conocimiento científico en el cotidiano de los servicios.

Esta relación entre el médico y el saber, si bien no es su único componente, constituye la sustancia de la autonomía. Por lo tanto, resguardarla de los cuestionamientos, aunque sea en el plano de las representaciones, forma parte de los procedimientos que buscan mantener una determinada libertad de desempeño profesional para el médico, es decir, una autonomía de la práctica pero que se restringe a ese plano. Y esto implica conformar otros sentidos necesarios para la concepción del trabajo especializado, pues el ideal de especialización que se construye deberá reelaborar, y actualizar, el propio ideal de autonomía, ahora reducida a una forma de práctica técnica.

Pero si el movimiento realizado por los médicos en esa dirección puede ser visto como un intento de mantener la autonomía como herramienta de trabajo, incluso en prácticas especializadas, no hay duda de que tiene otros significados más: también refleja la búsqueda por mantener el monopolio sobre el saber y la práctica, pues al tensionar la autonomía en el transcurso de los cambios en la medicina, se tensiona también su monopolio, cuya justificación residía justamente en la necesidad técnica del ejercicio autónomo. En ese sentido, la expectativa de los médicos es la de mantener para la profesión lo que lograron conquistar sus antecesores, o sea, el control total sobre el proceso de trabajo. He allí la razón por la cual la preservación de la autonomía es un movimiento que reviste el carácter de estrategia fundamental de preservación del monopolio de la práctica para los médicos. Conscientes, hasta cierto punto, del extremado valor político de la autonomía, y conocedores, evidentemente, de sus ventajas técnicas, los médicos trazaron caminos de construcción de su profesión con el objetivo de mantener la autonomía (como sinónimo, tanto de la técnica, como del valor político y sus consiguientes efectos sociales) a cualquier costo. Y estos costos se tornaban progresivamente mayores y más complejos, a la par que la medicina moderna maduraba.

La necesidad, pues, de conferir armonía a situaciones relativamente contradictorias en la práctica —autonomía y especialización— teniendo, además, que encontrar idénticas justificaciones técnico-científicas para mantener la misma base social de validación del monopolio de la práctica, reviste todo ese proceso histórico de extrema complejidad, sea en el plano material, como en el de la representación.

Sin embargo, antes de proseguir con este análisis histórico, es necesario un pequeño paréntesis. Al mencionar que la autonomía expresa una estrategia de poder, no se apunta al sentido moral y maniqueísta de la acción personal. Lejos de atribuir buena o malas intenciones a las acciones de uno u otro médico, tal como sería la tendencia en el plano estrictamente personal y como fruto de decisiones individuales completamente libres, aquí se está buscando el plano en el que las opciones se determinan y son significativas en términos sociales. Y, desde este ángulo, esas opciones se dan más a través de la realidad objetiva de la vida social en su estructuración de lo

colectivo, que por la voluntad totalmente libre de cada uno: si la acción es el movimiento de un individuo en particular, ella no forma parte exclusivamente de él, ni él es un sujeto independiente de lo histórico y de lo social.

No se trata exactamente de un plano consciente al que se lo pueda simplemente adjetivar bien o mal. Sin embargo, en cierto sentido y hasta cierto punto, es consciente, o sea, la medicina de hecho se construye por medio de las opciones de sus sujetos-agentes sociales. Desde este punto de vista, son opciones del conjunto realizadas individualmente. De este modo, al contrario del predominio de la dimensión personal, que los propios médicos suelen aludir, no se imputará a este o aquel médico la responsabilidad por la formulación y desarrollo de aquella referida “estrategia de poder” con relación a la autonomía. Así, los médicos no son, a nivel personal, inmediata y absolutamente responsables, sin que la categoría profesional deje de serlo, aunque tampoco de un modo uniforme. Hay una gran distancia entre los médicos comunes y sus intelectuales en la participación política e ideológica para la formulación del proyecto de organización corporativa y profesional de la medicina.

En conformidad con los valores que profesan, más allá de la supremacía de la dimensión técnica y personal que ellos mismos elaboran en las explicaciones sobre sus prácticas, los médicos atribuyen a cada uno de los suyos una potencia decisoria muy amplia, de la que deriva un compromiso esencialmente personal con la acción, a la que consideran de base totalmente individual.

El médico pretende de sí mismo y se reconoce como sujeto libre, es decir, sin restricciones de orden “extra técnico” en sus juicios, sus decisiones o su acción, cuando de hecho los médicos actúan socialmente, puesto que las dimensiones en las que la acción concreta se efectúa traspasan esa dimensión en la que se da el reconocimiento de esa acción como social en la reflexión. O, como dice Donnangelo (1976):

Es esa dimensión extra científica de la norma y del cuerpo normal que la medicina enfrenta en su práctica concreta, lo reconozca o no en el plano de las formalizaciones teóricas que orientan esa interferencia. [...] En el plano de esa actuación, la práctica médica manipula el carácter histórico de su objeto, sin necesariamente conceptualizarlo.

Los médicos están, pues, alienados de los componentes e incluso de las partes determinantes de sus prácticas, al descalificar el conocimiento de lo social y el reconocimiento de su existencia material como componente inmediato y consubstancial de la técnica. En consecuencia, quedan imposibilitados de apropiarse de lo social e incluirlo en la concepción del proyecto de acción: ellos pierden la posibilidad de un control consciente sobre el modo por el cual lo social conforma la práctica técnica, al menos desde el ángulo de un conocimiento no reducido o transformado (desocializado), tal como ocurre. Esta alienación impide que los médicos operen de hecho una autonomía técnica, y no solo discursivamente (como intención jamás concretada); con la que reestructurarían la relación médico-paciente en una relación más igualitaria, con la presencia más efectiva del enfermo en el proceso decisorio que antecede al ejercicio del trabajo.

Por lo tanto, aunque no sean señaladas explícitamente en este texto las opciones de las que derivaron los cambios ocurridos en la práctica médica, esos cambios se entienden como producto de una opción social de sus agentes. Por otro lado, al ser elegidas entre un abanico de opciones históricamente posibles en cada momento de la historia, son también delimitadoras de opciones futuras, pues cada acción adoptada demarca obligatoriamente en el futuro tal o cual nueva gama de posibilidades. En ese sentido, los conflictos que sean producto de cambios en lo real, no configuran “efectos indeseables”, según cómo lo explica el pensamiento médico. En cambio, el surgimiento de estos conflictos, cuyo significado se relaciona, de hecho, al desarrollo de un real contradictorio, resulta de elecciones anteriores que, cuando fueron hechas, a los médicos les parecieron adecuadas y necesarias.

La imposibilidad de prever estas contradicciones futuras deriva en parte de la propia decisión de los médicos de abstraer dimensiones de la realidad de su práctica y así desconocer sus presencias e influencias en la medicina, aunque esta sea solo una de las consecuencias de esa decisión. Pues, al contrario de la independencia que le atribuyen a su trabajo, es una práctica social, en la que las posibilidades de acción técnica dependen de su articulación con los demás trabajos sociales, y las características de cada trabajo se definen en el éxito con que se da esa articulación.

Parece claro, por lo tanto, que se deba relativizar la aparente libertad de opción, desde la concepción hasta la concreción de acciones sociales. Pero dado que esta relativización no forma parte del pensamiento médico sobre la profesión, lo que se observa es una autonomía que se problematiza de forma disociada de sus articulaciones sociales. Para comprender mejor las razones que, objetivamente, permitieron la construcción de una libertad de acción en el trabajo —que si no fue total, con certeza fue bastante amplia— y, sobre todo, permitieron que de ella se estableciera una imagen de lo absoluto, será importante retomar el análisis sobre la práctica médica desde la perspectiva de la constitución histórica de sus acuerdos tecnoasistenciales.

Capítulo 6

Medicina liberal en el mundo de los negocios y del salario: arte y ciencia

De un modo general, es posible decir que desde el momento en que la medicina se inscribe en el orden técnico-científico moderno, se desarrollaron dos modos de estructuración de la práctica, o proyectos tecnológicos-asistenciales. El primero ocupó todo el siglo XIX hasta aproximadamente los años 1930, y el segundo comenzó a configurarse en el período 1930-1950, y se implementa de forma generalizada luego de la Segunda Guerra Mundial. Esa periodización corresponde a los países que iniciaron la reestructuración de la vida social en la configuración capitalista y pueden ser considerados centrales en esa reestructuración. En Brasil, como país periférico dentro de ese orden, estos dos proyectos se establecieron de un modo particular y más tardío (Nogueira, 1967; Donnangelo, 1975; Braga & Paula, 1981).

La marca más característica del primero es la cercanía con el trabajo artesanal, designación aquí usada solo en el sentido ilustrativo del término dado que, curiosamente, bajo esta modalidad, la práctica médica incorpora la producción social desde el modo capitalista de realizarla. Este trazo, aparentemente curioso, aunque sea una traducción más exacta de la peculiaridad del trabajo médico, llama la atención por el contraste con los demás trabajos en la sociedad, pues la medicina seguirá siendo “artesanal” durante casi un siglo y medio, tiempo en el que la dinámica de las fuerzas productivas de los otros trabajos sociales ya habían superado hasta incluso las formas más simples del trabajo cooperativo, en consonancia con la colectivización del proceso de trabajo dentro de la orientación capitalista de las prácticas sociales.

En ese sentido, hay un contraste que se instala entre el todo y una de sus partes: la cooperación es una necesidad histórica peculiar al capitalismo, mientras que, para la medicina del capitalismo, la autonomía en el trabajo individualizado parece haber sido su necesidad histórica particular. La presencia de patrones de producción social asentados en trabajos de conformación análoga a aquella previa al capitalismo no es una realidad social extraña a este modo de producción. En realidad, constituye un “no-capitalismo” necesario y articulado de forma subordinada al capitalismo, como producto y condición de la propia acumulación del capital (Pereira, 1976).

La presencia de esa práctica individualizada de la medicina resulta menos extraña si se examina el proceso por el cual ocurre. La colectivización del proceso de trabajo, típica del capital, se da como continuación de un movimiento en el cual diversas prácticas afines, o que se tornarían afines a lo largo del proceso histórico que gestó el capitalismo, se homogeneizaron, se fundieron en una única forma social de

realización. Vale decir que la constitución de trabajos fragmentados fue antecedida por un movimiento de unificación y uniformización de trabajos con la misma finalidad social, proceso en el que se destruyó el arte del oficio del artesano.

Un hecho similar se da en la medicina, con la adopción de una práctica técnica única (la clínica); concedida siempre a un mismo trabajador (el médico); reglamentada de manera subordinada a una sola forma de saber (la ciencia de las enfermedades); otorgada por una única vía de calificación profesional (la escuela médica); y por todo ese conjunto, validada socialmente como la única forma legítima de servicio. Para que la práctica médica moderna se constituya plenamente, se produce, por lo tanto, una uniformización y unificación de todas las prácticas “curadoras” que existían hasta fines del siglo XVIII. También se construye un saber exclusivo para fundamentarla: el conocimiento médico sobre el cuerpo enfermo; conocimiento que para la misma época ya se había reorientado en la dirección del único saber sobre las enfermedades.

Sin embargo, los movimientos de unificación y uniformización de saberes y prácticas, bajo los cuales se estandarizan procedimientos técnicos, no siguen los mismos pasos en diferentes trabajos sociales. Es relevante considerar que existe una gran diferencia entre la medicina y otros trabajos manuales directos, ya que la medicina unificará prácticas de oficio con intervenciones de carácter opuesto al técnico. Al reunir las acciones que los médicos —llamados “físicos”— desarrollaban en la medicina de la sociedad feudal sobre las enfermedades internas, con las acciones sobre los daños del cuerpo, ejercidas por otro tipo de trabajador social que no era el médico —los de la corporación del oficio de cirujanos y barberos—, se unifica la práctica esencialmente no interventora de los primeros con la acción manual directa de estos últimos (Nogueira, 2007). Y este movimiento unificador implicó una operatoria muy distinta a la de otros trabajos.

Para el trabajo manual en general, a la estandarización del proceso de trabajo le siguió la alienación del trabajador directo del control sobre ese proceso, tanto en la división de este en operaciones fragmentadas, erigidas en nuevos trabajos y atribuidas a otros tantos trabajadores directos, como en la expropiación del conocimiento particular y propio en que se fundaba el trabajo de ese trabajador directo. Doble orden, pues, de alienación del trabajador. En el progresivo desdoblamiento de partes de un mismo proceso de trabajo en otros trabajos, el trabajador, que antes dominaba el conjunto, pierde la posibilidad de controlar el proyecto de producción del producto final, es decir, el dominio sobre la ejecución del trabajo. Este pasa a ser propiedad de otro trabajador, un agente de la producción que se establece exactamente a causa de las necesidades creadas por la progresiva segmentación del trabajo. Se trata del comando y de la coordinación del gerente y del administrador (Marglin, 1974; Braverman, 1981). Por otro lado, de forma simultánea, en el mismo movimiento de la división del trabajo, el trabajador directo pierde también el control sobre el saber que fundamenta su trabajo, objeto de su monopolio anterior. Ese saber se amplía, se desarrolla y se construye con otra calidad. Se trata de la constitución del conocimiento científico sobre los objetos de trabajo. Y en esa cualidad de única detentora de los conocimientos sobre la naturaleza y sobre el mundo real, la ciencia

se sitúa como saber y ya no un saber-hacer, pasando a ser producción exclusiva de los trabajadores intelectuales, los que ya no operan más directamente las técnicas de transformación de aquellos mismos objetos. Del artesano a la industria capitalista, por lo tanto, el trabajador directo es alienado de su saber de oficio y expropiado del dominio de su arte.

La dinámica particular de la medicina la constituyó con cualidades muy diversas. Si el monopolio de la práctica técnica se asentó en la unificación y uniformización de los procedimientos de intervención, ese monopolio se combinó con aquel sobre el saber: los médicos son productores directos de un servicio y simultáneamente sus intelectuales. Además, como en la medicina el saber también se separó de un saber-hacer, constituyendo en la anatomía, en la fisiología, en la patología, etc., el conocimiento científico (ciencias médicas) que rige la práctica, esa combinación de monopolios configuraría a la medicina, por el consagrado y curioso “sincretismo” que marca su ejercicio, en la noción de *ciencia y arte* de curar. Se evidencia, pues, que el largo período en el que la práctica médica “resistió” a divisiones progresivas del trabajo, y que se instala de hecho en el proceso ulterior de especialización médica, fue el tiempo histórico necesario para la construcción y consolidación social de su propia marca peculiar, mediante la cual, en vez de la alienación del trabajador directo con relación a su trabajo, fue la práctica técnica que se revistió de trabajo intelectual. Y con eso los médicos garantizaron que la mencionada combinación de monopolios se conservara a nivel de la práctica técnica, al interior del acto médico, mediante lo cual garantizaron constituirse a sí mismos en productores directos de los cuales no sería posible alienar la concepción y el control de los procesos de trabajo, tanto en su conjunto, como en cada acto individualmente. Innecesario será decir que los médicos conquistaron, entonces, el prestigio y el valor social, como consecuencia del poder de autoridad intelectual y técnica.

Los procesos históricos y objetivos a través de los cuales los médicos ocuparían posiciones privilegiadas en la estructura social fueron objeto de diversos estudios ya mencionados. Al respeto, no cabría en este texto un análisis de ese tipo, aunque es importante destacar el hecho de que si el movimiento de reorientación de la medicina implicó reconstituir en una sola práctica formas diversas de intervención, de eso derivó también el hecho de que una parte de sus agentes ocupaba, antes de los cambios que ocurrirían con el capitalismo, posiciones sociales de autoridad y poder. Perteneían ya a la camada de los intelectuales dominantes en la sociedad feudal (Nogueira, 2007). Está claro que esta observación no significa un continuismo histórico, pero señala el hecho de que, con los cambios de la sociedad, el médico tiene que preservar esta situación de intelectual dominante, lo que sin duda repercute tanto en las transformaciones que el capitalismo demanda de su trabajo, como en las disputas internas entre sus partícipes ante las nuevas necesidades sociales.

Además, al implementarse los Estados Nacionales, el surgimiento del valor conferido al control sobre el colectivo-social resultó en la participación permanente de médicos en las cuestiones de Estado, controlando tanto el medioambiente y las ciudades, como el colectivo de los ciudadanos, sin olvidar la manutención de la fuerza física de los ejércitos. Los médicos, por lo tanto, participaron directamente de la

construcción de las estructuras de poder que consolidaron al capitalismo, formulando e implantando estrategias de construcción de la nueva forma de vida social.

Probablemente, y hasta cierto punto, estas condiciones objetivas facilitarían la aceptación de nuevas formulaciones de los médicos, propiciando así una reconstrucción de sus trabajos que simultáneamente les garantice las posiciones privilegiadas en la sociedad. Es evidente que, a medida que la medicina fue adquiriendo importancia como práctica exitosa, derivaron soportes más sustantivos para lidiar efectivamente con la fuerza de trabajo en escala social, tanto a través de la reparación de la capacidad productiva de las personas, como al actuar sobre sus conciencias. Es allí cuando adquiere importancia como práctica productora de la cohesión social, al instaurar disciplinas normalizadoras de la vida en la sociedad (Polack, 1971; Canquilha, 1971; Clavreul, 1983; Foucault, 1984).

Sea por uno o por todos los motivos, el hecho es que los médicos se mantuvieron en posiciones destacadas de la sociedad mientras operaban sus prácticas como “artesanos”, dado que conservaron tanto el dominio y la apropiación individual de un saber-hacer, como el monopolio de la práctica. Así, desde la toma de su objeto hasta la transformación completa de este en producto acabado, incluso como trabajadores directos, consiguieron mantenerse en el control sobre su proceso de trabajo. Control que se extiende hasta su objeto potencial, pues la posesión de este se da cuando el paciente, al demandar espontánea y libremente el servicio profesional, acepta someterse totalmente al acto creador del médico (Freidson, 1970a).

Luego, sobre la base de esas características objetivas se construye la representación del trabajo como “práctica liberal”: libre, en el sentido de acción de hombre libre. Imagen posible, sobre todo, por la forma objetivamente dada con que este trabajador comercializa su servicio en el mercado. Allí, sometido a relaciones mercantiles simples, el médico es productor y también vendedor directo. Si de esa última característica deriva, por ejemplo, el hecho de que el propio médico determine directamente la remuneración de su trabajo (precio con que comercializa su servicio), deriva también otra marca por la cual el trabajo aparecerá como “práctica liberal”: en el mercado dispone del régimen de libre competencia, y por el rasgo objetivo de ser un acto que solo puede ser concretado luego de la elección “libre” del paciente, se constituye como producción individualizada de una profesión de consulta.

Sin embargo, se trata de una libertad en el trabajo y de una libre competencia en el mercado que presentan características restrictivas peculiares. Al producirse con posterioridad a una demanda y en respuesta a una solicitud, el cuidado médico parecería aún más libre en su acto singular, a no ser por el hecho de que el tiempo y el espacio de la producción están definidos por la propia medicina, dado que otras opciones estarían socialmente fuera de lugar (Freidson, 1970a; Freidson, 1970b). O como bien señala Clavreul (1983):

...se deja a cada uno la “libertad” de rechazar la medicina y al médico, pero con el riesgo de cometer un suicidio o un crimen. Lo irrisorio de la fórmula: “la libertad o la muerte”. ¿Quién mantendría su provocación ante el orden médico? Sería una locura. Y la locura, ella también, está confiada a los médicos y destinada a ser “curada”.

El consumo se determina, por lo tanto, en el ritmo, en la calidad, en la cantidad y bajo la dirección de la estructura asistencial que el orden médico impone a los clientes potenciales, pero que ciertamente no parece impuesto por este o aquel médico aislado y a quien demanda el paciente de forma individual.

Otra de las restricciones se inscribe en el significado del acto libre que presenta la constitución “artesanal” del trabajo, tanto para el productor, como para el consumidor de la atención médica: la calificación específica que se atribuye a cada uno de los diversos servicios producidos. Vale decir, la manera por la cual el médico y el paciente pasan a diferenciar los servicios, de tal modo que pueda existir, por un lado, la competencia, y por otro, criterios de distinción para la elección.

Hay que considerar, en primer lugar, que la cuestión de la elección queda planteada solo como una elección entre servicios prestados por médicos, dado que otras formas de práctica “curadora” fueron progresivamente marginalizadas. Así, para el paciente no hay acceso posible a una intervención fuera de la “puerta de entrada” constituida por el consultorio médico. Y, en consecuencia, la elección del paciente, como también la diferenciación de la oferta de servicios, se inscribe de inmediato en el ámbito de una compleja distinción entre iguales.

Al mismo tiempo, al reforzar la búsqueda de una descaracterización como productores “comerciales” de servicios, los médicos condenaron el uso de cualquier medio de promoción de ventas o de inducción al consumo. Por lo tanto, la austeridad y el despojo en los atractivos exteriores a la acción técnica marcan la presentación del servicio médico en la sociedad, en su primer momento como práctica moderna.

A partir de estas referencias, se constituye una medicina que se configura también como liberal en la captación difusa de los clientes, lo que, por otro lado, no significa ausencia de factores que conformen la diferenciación de las prácticas profesionales. Estos factores, sin embargo, deben estar contenidos en la acción técnica, y solo hacerse evidentes como parte necesariamente integrante de esta, lo que transforma la diferenciación del cuidado médico y su elección en un procedimiento bastante crítico. Es indicativo, en ese sentido, la delicada cuestión ética (pilar de la igualación de los servicios) respecto de la calidad de cada cuidado producido, pues lo que se debe distinguir en los actos médicos no es solo la jurisdicción de su campo técnico, es decir, la especialidad médica a la que se aplica, sino los atributos que permiten la elección diferencial incluso al interior de una sola área especializada de la medicina: los médicos deben tener, por lo tanto, elementos que diferencien sus actos sin perturbar la uniformidad de la práctica. Para captar esa cualidad de la medicina, es necesario observar más detenidamente su proceso de trabajo.

En el período histórico que se está analizando, esa uniformidad en los patrones con que se organizan los servicios, y que da la típica configuración homogénea de la práctica en la medicina liberal, se basa en la condición objetiva de que la producción del trabajo se realice bajo la dependencia casi exclusivamente del saber, pues el conjunto de instrumentos materiales es aún muy reducido. Así, el acto médico se funda, sobre todo, en la aplicación concreta que el médico haga del conocimiento científico, elaborando un *saber clínico operante*: el saber-hacer de su trabajo.

Ese saber-hacer representa la articulación entre la ciencia y el trabajo en la medicina, lo cual no resulta sencillo de comprender, y un buen ejemplo de esto es la propia ambivalencia del término “medicina” que envuelve una práctica técnica (trabajo) y/o un saber científico. Por lo tanto, en el ámbito del trabajo, desde el plano de la técnica al del saber científico, el pensamiento médico realiza operaciones en las que se abstraen determinantes y componentes importantes de la realidad del trabajo a la par que la técnica se procesa como saber científico. Y esto acarrea una gran complejidad para el acto técnico.

Ese acto se produce a través de medios que se aproximan al cuerpo enfermo con base en un conocimiento sobre enfermedades, en una particular lectura de los padecimientos. Ese pasaje hacia el plano del conocimiento teórico, en que la realidad del enfermo pasa a ser explicada como enfermedad, implica operaciones de entendimiento de lo real en las cuales el modo de ser de la vida social debe ser explicado y orientado por normas biológicas, aprehendidas y definidas por el orden científico. Con esto se introduce en la explicación científica una reducción de las múltiples determinaciones sociales a una razón natural, que omite las diferencias y particularidades de las situaciones sociales. En el plano del trabajo médico, en consecuencia, se producen intrincadas cuestiones, dado que ese trabajo es la realización de intervenciones en lo social con base en el conocimiento de lo natural, lo cual se debe examinar un poco más.

La ciencia es un conocimiento siempre suscitado por una demanda social, pues, como muestra Canguilhem (1971), son los problemas de la vida los incitantes del conocimiento:

Está enfermo significa verdaderamente para el hombre vivir una vida diferente, incluso en el sentido biológico de la palabra [...] existe una medicina porque hay hombres que se sienten enfermos, y no porque hay médicos se enteran por ellos los hombres de sus enfermedades. [...] Los fracasos de la vida son los que atraen, los que han atraído la atención hacia la vida. Todo conocimiento tiene su fuente en la reflexión sobre un fracaso de la vida. Esto no significa que la ciencia sea una receta de procedimientos de acción, sino por el contrario que el impulso de la ciencia presupone un obstáculo para la acción. La vida misma [...] es quien introduce en la conciencia humana las categorías de salud y de enfermedad. Esas categorías son biológicamente técnicas y subjetivas y no biológicamente científicas y objetivas.

Pero si para el conocimiento solo se transforman en cuestiones las situaciones socialmente reconocidas como obstáculos para vivir, entonces, ante una necesidad de intervención, lo que se espera es que la ciencia informe y fundamente la intervención, y también que esa intervención de hecho supere el obstáculo para vivir. En ese sentido, la necesidad socialmente determinada no solo existe, o pasa a existir en su reconocimiento social como necesidad, como algo a ser superado, sino que se presenta al mismo tiempo como algo que es posible de ser superado por algún trabajo (intervención) ya existente en la sociedad, por lo que el reconocimiento de la necesidad ya no es una cuestión abstracta, sino sometida a un abanico de

posibilidades bastante concretos en la vida social. Vale decir que las necesidades se constituyen bajo la forma de una resolución parcialmente prevista desde su reconocimiento como un problema (Mendes-Gonçalves, 1984). Así, el padecimiento suscita una intervención siempre y cuando el enfermarse sea un problema para la vida en sociedad y su reparación una posibilidad concreta, por lo cual el retorno a la vida previa de aquel que padece se torna no solo un sufrimiento individual del enfermo, sino una carencia social. Para satisfacerlo, serán necesarios conocimientos y acciones restauradoras; acciones que puedan reinsertar al enfermo en su modo usual de vida en la sociedad.

En las dos puntas del proceso de intervención en el que se inscribe la ciencia, está tensionada por lo social. Y si puede distanciarse, resguardada como saber independiente, tal como lo hace, es porque esa articulación con la realidad se da intermedia por la intervención propiamente dicha: el trabajo, del cual la ciencia encontró ciertas formas de separarse, aunque bajo una autonomía relativa.

En las ciencias médicas las enfermedades son categorías nosológicas que representan los diversos tipos de irregularidades anatómicas y funcionales del cuerpo y, ante las situaciones planteadas por los enfermos como impedimentos a la vida cotidiana, la patología hace corresponder los elementos explicativos de aquel vivir impedido. Así, la ciencia de la medicina reconstruyó en la enfermedad la problemática del enfermo, operando una articulación tal entre la vida real y la ciencia que los sufrimientos experimentados por los sujetos sociales, y que en la medicina están presentes como subjetividades singulares, encontraron en las estructuras del cuerpo humano las formas de su objetivación y generalización. Estas son, sobre todo, formas capaces de *naturalizar* ese objeto social, y borrar las diferencias relativas a las diversas situaciones de los padecimientos en el conjunto de la sociedad. Basada en problemáticas sociales distintas, por lo tanto, la ciencia ha formulado en el conocimiento de las enfermedades, un saber atinente a cualquier enfermo. Universalizada, la práctica médica toma a los enfermos en esa dimensión en la que los aparta de lo social concreto, y los transforma en individuos socialmente iguales. Además, con la ciencia se legitimó el conocimiento de las enfermedades como la única explicación para la realidad del enfermo, invalidando socialmente otras formas de explicación, caracterizadas como no científicas, subjetivas y no-neutras, justamente, porque no se refieren de modo exclusivo a lo natural.

La realidad del enfermo, como carencia social, se naturaliza como objeto del conocimiento y el padecimiento se reconstruye en el cuerpo enfermo o cuerpo patológico. A través de esa forma de apropiación en el orden científico y de su función operativa posterior en el proceso de trabajo, se legitiman socialmente las identificaciones del padecimiento, pasando de experiencia y sufrimiento del enfermo a la noción de cuerpo enfermo transformado muy rápidamente en cuerpo enfermo del médico (Canguilhem, 1971; Mendes-Gonçalves, 1984). A partir de allí, le cabe fundamentalmente al proceso de trabajo conseguir formas de resolución de la realidad del enfermo, en una intervención sobre el cuerpo con la cual valida, en un solo movimiento, a sí mismo como aplicación de la ciencia y a la ciencia como conocimiento verdadero y, por eso, exclusivo de lo real. Será el médico, mentor e intelectual del

trabajo, quien, por lo tanto, debe encontrar el modo adecuado de articular la normatividad social que determina la situación para la cual restituye el cuerpo a ser recuperado, con la normatividad biológica que rige esta recuperación.

Con el fin de que esto se realice, establece como base objetiva la peculiaridad del objeto del trabajo médico y, a partir de las características de ese objeto, en conjugación con la finalidad de ese trabajo, sus agentes lograron construir una ciencia tal y vinculada al acto técnico de forma tal que terminó por caracterizar el trabajo de los médicos como esa especie de intervención vista como un trabajo esencialmente intelectual, incluso cuando desarrollara actividades manuales tan importantes.

El hecho particular de que, en el cuerpo enfermo, materialmente sea lo mismo lo que se presenta como necesidad social para el trabajo médico, lo que configura el objeto del conocimiento, e incluso el objeto sobre el cual se realiza la intervención, hace con que parezcan idénticas las diferentes demandas insertas en las situaciones de cuerpo enfermo del enfermo, cuerpo enfermo del médico y enfermo como sujeto social. Este mismo hecho particular es el que posibilita al agente, en el proceso de trabajo, responder simultáneamente a la ciencia y a lo social.

En el plano del trabajo, eso se da de la siguiente forma: al responder a la necesidad de especificar su acción como técnico-científica, el médico “procesa” al enfermo que llega, a través de una aproximación que lo transforma en una estructura objetivamente patológica: el cuerpo patológico. Para ello, el médico encuentra los medios en los instrumentos como la anamnesis, el examen físico, y los recursos complementarios diagnósticos y terapéuticos, los cuales se disponen como instrumentos universales. De eso deriva el patrón uniforme del acto médico, el cual se refiere a los pasos metódicos de elaborar el diagnóstico y proyectar el tratamiento, cuyos contenidos específicos solo parecen variar, técnicamente, en función de las modalidades patológicas o de la diversidad del mundo natural, y no, supuestamente, del mundo social.

El aspecto más relevante de esa uniformidad está en el hecho de que, en la aparente conformación de la técnica, los servicios parecieran ser absolutamente iguales, y así responde la práctica médica a sus determinantes sociales: en cierto sentido, operar los objetos de intervención de forma igualitaria, tal como se definen en el orden capitalista. Esto porque el capitalismo, al emerger como estructuración concebida como modelo que tiende a superar la desigualdad social sobre la cual se apoyó, debe contener procesos sociales que promuevan, de cierto modo y en cierto sentido, en límites no negadores del orden social, la igualdad como carácter complementario y contradictorio a la desigualdad (Donnangelo, 1976).

En otros términos, se trata, ante todo, de la continua restitución de lo desigual, restitución de las posiciones diferenciadas de los trabajadores en la producción social, reproduciendo las clases: si las situaciones sociales de la vida que producen los individuos enfermos concretos son diferentes, la medicina debe responder a las necesidades también diversificadas. Pero se trata, además, de la realización de alguna igualdad ante las clases y los médicos, por lo tanto, simultáneamente debe operar, en su objeto de trabajo, la desigualdad y la igualdad.

Desde la perspectiva de los procedimientos técnicos, esa simultaneidad significa, por un lado, la naturalización del enfermo, que culmina con la clasificación

diagnóstica y con el correspondiente plano terapéutico derivado de esa misma clasificación, procedimiento en el que la clínica (el saber) ocupa una posición relevante. Sin embargo, por otro lado, se debe producir un cuidado médico que se adecue al sentido concreto de la demanda del enfermo y que, en los mismos movimientos de elaboración reflexiva, construya la inserción social del objeto de práctica en el objeto ya “naturalizado”. Para ello, los médicos, cuando en el cotidiano de su práctica formulan un diagnóstico y un tratamiento concretos, toman las normas biológicas que definen los límites de lo normal y lo patológico ya dispuestas y conformadas socialmente:

...el cuerpo como objeto de la práctica médica no se agota en su dimensión anatomofisiológica. [...] Es en el conjunto complejo de relaciones que mantienen con los elementos externos a él que el cuerpo se elabora y reelabora, de manera tal que solo se realiza, incluso como estructura anatómica y fisiológica, a través de las calificaciones o determinaciones que adquiere en el plano de la existencia material y social. En este sentido, la medicina no se dirige a un objeto permanentemente homogéneo, aunque aprehenda esa diversificación y actúe sobre ella a nivel de la espacialidad de cada cuerpo individual. (Donnangelo, 1976)

La capacidad de la medicina de reunir en un solo acto técnico estos dos planos de determinación, que le valió históricamente la célebre trayectoria con la cual se reordenó en el capitalismo, corresponde a la reconstitución de los medios de trabajo del médico. En ese sentido, es relevante el hecho de que, respecto de la delimitación y registro de las vivencias singulares del enfermo, el médico ya disponía, como realidad objetiva previa a la medicina moderna, de los medios técnicos competentes: el instrumento de la anamnesis. Como confesión y relato de la historia de vida, ese instrumento de comunicación en la relación médico-paciente daba cuenta de las situaciones sociales de la vida del enfermo incluso antes de que se reorientara la práctica, lo cual produciría otra concepción de lo social, de historia personal de vida y hasta de confesión. Más aún, dado el sentido diferente que adquieren entonces tales términos, no podríamos, en rigor, tomar como iguales la anamnesis como instrumento técnico de la medicina moderna y cualquier otra, aparentemente similar, de existencia histórica anterior.

El establecimiento de la clínica como método de investigación de la enfermedad en el enfermo hizo de la anamnesis un instrumento más activo, en el sentido positivo de la investigación, y reorienta sus procedimientos técnicos a la localización de la lesión, como fuente de construcción de la irregularidad del cuerpo enfermo en el diagnóstico de la enfermedad. Ese reordenamiento, que se inicia en la anatomoclínica, como muestra Foucault (1977), altera completamente los contenidos y sentidos de los relatos previos:

...considerada en su estructura formal, la clínica aparecía, para la experiencia del médico, como un nuevo perfil de lo perceptible y de lo enunciable: nueva distribución de los elementos discretos del espacio corporal [...] reorganización de los elementos que constituyen el fenómeno patológico [...]

definición de las series lineales de acontecimientos mórbidos [...] articulación de la enfermedad al organismo [...] La aparición de la clínica, como hecho histórico, debe identificarse con el sistema de estas reorganizaciones. Esta nueva estructura está señalada, pero por supuesto no agotada, por el cambio ínfimo y decisivo que ha sustituido la pregunta: “¿Qué tiene usted?”, con la cual se iniciaba en el siglo XVIII el diálogo del médico y el enfermo, con su gramática y su estilo propios, por esta otra en la cual reconocemos el juego de la clínica y el principio de todo su discurso: “¿Dónde le duele a usted?”.

Además, a la búsqueda de la localización topográfica de la lesión en el cuerpo le sigue luego una orientación preponderantemente procesual que analiza las irregularidades fisiopatológicas y, a esta, una búsqueda de causas en la etiopatogenia del proceso mórbido, de modo que al inicio del siglo XX las tres vertientes de explicación de la enfermedad se presentan en el método clínico (Entralgo, 1978) y confieren otro grado de complejidad a la anamnesis. Pero a pesar de todas las alteraciones, como forma general dialogada de obtener o prestar testimonio, la anamnesis sigue siendo un instrumento útil.

En función de este aspecto de la persistencia histórica de ciertos elementos tan fundamentales para el médico, como en el caso de la anamnesis, muchos científicos e historiadores de la medicina la interpretan como práctica ahistórica por referencia a la historia social. Lejos de adherir a esa concepción, lo que se quiere destacar es que, específicamente para la medicina, la antigua práctica de la anamnesis (confesión) facilitaba la tarea de apropiación y control de lo social, al permitir la subsunción de lo social en lo natural, justamente, a través de esa práctica, que se transformó de confesión en interrogatorio.

Para ello, la revolución de la medicina moderna, por medio de la clínica anatomopatológica, reúne elementos de naturaleza técnica con la práctica de la confesión personal. En este nuevo abordaje del enfermo aparecen como factores dominantes el examen físico del cuerpo y sus signos. Así, a los componentes de la vida social, se articulan los de orden natural. Estos últimos, más valorados, “naturalizan” a los demás, y se establecen como referenciales objetivadores del sufrimiento del enfermo. Así, a través de esa reconstrucción de lo subjetivo en lo objetivo, la información adquiere estatuto científico. Se consideran ya no solo “sensaciones personales” sino datos empíricos observados científicamente. En esos procedimientos hay menos sufrimiento de los enfermos que hechos patológicos: “...ya no es el dolor o la incapacidad funcional y la inseguridad social lo que constituye la enfermedad, sino la alteración anatómica o la perturbación fisiológica [...] Ya no se define a la enfermedad por el dolor, sino que se presenta al dolor como enfermedad” (Canguilhem, 1971). O en términos de Foucault (1977):

El objeto del discurso puede bien ser así un sujeto, sin que las figuras de la objetividad, sean, por ello mismo, modificadas. Esta reorganización formal y de profundidad [...] ha abierto la posibilidad de una experiencia clínica; ha retirado el viejo entredicho aristotélico: se podrá al fin hacer sobre el individuo un discurso de estructura científica. (Cursivas del original)

No se puede desconocer además que, como parte de la misma realidad histórica, a los reordenamientos “internos” del saber médico se articulan transformaciones más generales, las cuales sirven, al mismo tiempo, de fundamento y legitimación social de esa nueva forma con la que la clínica anatomopatológica se aproxima al enfermo. Se trata de la posibilidad abierta por la razón positiva de interpretar la vida y lo normal a través de la enfermedad, de la muerte y de lo patológico; como también, sobre todo, de interpretar la vida social a través de las experiencias de cada uno, mediante lo cual la medicina normaliza lo social con base en lo que conoce como ocurrencias individuales, y disciplina la vida con base en un saber sobre las enfermedades.

Estos son procesos intelectuales constituyentes del amplio y complejo movimiento de construcción de una nueva epistemología, en la cual se encuentra la producción del conocimiento médico y, a través de la cual, el vivir y el sufrir humanos encuentran también una razón y un método que se constituirían, en el sentido de instituir parte de la ciencia moderna, en su adecuado modo específico de producción de verdades. No es pertinente en el presente contexto examinar el establecimiento de la racionalidad científica moderna. Sin embargo, en el movimiento que encierra tal construcción, con relación a la selección y apropiación reflexiva de dimensiones de lo real, hay algunos aspectos relevantes en el sentido de la calificación/descalificación de lo social y de lo subjetivo, que se vinculan a las cuestiones consideradas en este momento acerca de la práctica médica.

El modo por el cual el conocimiento médico llegó a estructurarse en una explicación que toma la evidencia como ley general, que parte del hecho objetivo individual, que se expresa cuantitativamente, y que progresa a lo largo del tiempo —a través de lo cual adquirió las características de razón positiva—, se da en el mismo movimiento por el cual la razón en la era moderna buscó órdenes de sentido, explicaciones sobre la vida, que históricamente se articulan con una emergente cuestión social: el progresivo dominio e intervención del hombre sobre el mundo real. Y el recuerdo de esa inserción, pertinente desde la perspectiva de la medicina, reside en la importancia de situar la raíz y el tiempo histórico de algunos de sus parámetros explicativos. Este es el caso de que las nociones y conceptos presentes en el saber médico antes del siglo XIX son las de racional, natural, social, vida, salud y enfermedad, y recién a partir de ese siglo se establecen las nociones de normalidad, patología, equilibrio y desvío (Entralgo, 1978; Luz, 1988). La articulación de ese proceso por el cual pasa a ser práctica técnica se evidencia en el hecho histórico de que la transformación completa de la medicina en una práctica derivada de la disciplina de las enfermedades se verifica ya en pleno siglo XIX.

En otros términos, del individuo al organismo patológico, como forma de objetivación de una necesidad social determinada, deriva un prolongado período de amplias transformaciones, que se desdobra en otras tantas, a lo largo del siglo XX, hasta llegar al nivel de lo celular y de este a lo molecular, tal como se verifica en la explicación científica actual. Además, el recuerdo de esa inserción de la medicina en el proceso general formador del pensamiento científico deriva del hecho de que la medicina participa, incluso con contribuciones relevantes, del desplazamiento que

cambia, del orden divino al orden natural, el núcleo imperativo que confiere sentidos y significados a la realidad.

Ese desplazamiento nada simple implicó, para la desacralización de la naturaleza, un momento intermedio de centralización en lo humano: en la progresiva descalificación de lo divino, el pensamiento científico se desvía del valor dado a lo transcendente hacia el valor dado al hombre y, de este, al valor dado a lo natural. Y si la individualización del hombre por referencia a lo divino significó una escisión de la totalidad hasta entonces concebida (Dios-hombre-naturaleza), en el posterior proceso de ruptura, entre la naturaleza y el hombre, la racionalidad moderna segmenta la propia totalidad del hombre, “separando” y “purificando” la razón de otras formas de ejercicio de la subjetividad, como los sentidos, los sentimientos y las pasiones:

La racionalidad moderna puede, así, ser vista como tentativa de instaurar un pan-racionalismo, tanto en el orden de lo objetivo (“naturaleza”, “mundo”, “cosas”) como en el orden del sujeto (“hombre”). Desde el punto de vista del sujeto, esta tentativa tendrá como efecto histórico la ruptura más significativa de la racionalidad moderna: la ruptura del propio sujeto de conocimiento que se despedaza en compartimentos: razón, pasiones, sentidos y voluntad. Ruptura que no es tan solo epistemológica, sino social y psicológica, en la medida en que constituye instancias socialmente exclusivas para el ejercicio de cada uno de estos compartimentos: la producción de verdades para la razón (ciencia); las pasiones para la política y para la moral (ética); los sentimientos y los sentidos para las artes (estética). Esta compartimentalización tendrá el efecto de “negar” socialmente el sujeto humano y “neutralizarlo” epistemológicamente, creando condiciones históricas para tornarlo, como la naturaleza, objeto de ciencia... (Luz, 1988)

En ese proceso, la enfermedad fue el objeto de conocimiento que, en el saber, es el equivalente del sufrimiento humano como problema de la vida social, y este sufrimiento socialmente dado en la figura del enfermo individual encuentra su determinación como necesidad social planteada (y respondida) en el trabajo médico. Desde la perspectiva de la delimitación y construcción de la necesidad como objeto de trabajo, la anamnesis y el examen físico, así como los equipamientos y aparatos médicos que surgirán más adelante, son los medios depuradores de la pasión y de los sentimientos, y que arman los sentidos para transformarlos en instrumentos de una observación más objetiva y científica que la sensación como primera perceptiva. Al interior de ese conjunto, sin embargo, si el examen físico y los equipamientos diagnósticos son nítidos orientadores del orden de lo natural, la anamnesis asume un sentido más complejo, dado que es el instrumento por medio del cual se introducen experiencias vividas, situaciones de la vida social, por medio del discurso vivo del enfermo. Y aunque sea un instrumento de transformación de ese discurso, dado que lo moviliza y reorienta a través del interrogatorio que efectúa, al recalificar y reacomodar su contenido en busca de los signos de la enfermedad, la anamnesis concretamente opera la propia “licencia” técnica de la “invasión” de lo social en el acto médico.

Por lo tanto, si la “naturalización” de lo social en el cuerpo enfermo significó la conquista de la razón moderna en la toma del sufrimiento humano como

problemática, también determinó el hecho de que el trabajo médico se estructurara como relación interindividual, lo que evidencia que este movimiento progresivamente individualizante de apropiación de lo real sea parte del mismo proceso de objetivación científica. En la medicina, eso representa el desplazamiento del sufrimiento del enfermo al cuerpo patológico y, en el mismo procedimiento, no dedicarse solo a individuos singulares, sino dedicarse progresivamente a segmentos cada vez más restringidos de la totalidad orgánica. La relación interindividual, que ya pertenecía a la práctica sobre los enfermos en la sociedad feudal, se debe mantener, por lo tanto, en la medicina moderna: al mismo tiempo transformada, de la confesión a la investigación positiva; al mismo tiempo preservada, en esta calidad más general de relación exclusiva y privada entre dos personajes. Y si esta “exigencia” de la racionalidad moderna se satisface más fácilmente a través de las características históricas de la práctica de los médicos, para ellos esta preservación de la consulta como unidad de producción del trabajo representó otras dos conquistas fundamentales: responder a las nuevas exigencias del orden social, en la reproducción de la igualdad como tendencia y la desigualdad efectiva de las clases sociales y, simultáneamente, mantenerse en la categoría de trabajador esencialmente intelectual en la sociedad.

Con relación a la técnica, esto equivale a decir que si fuera necesario, por referencia a un orden histórico y socialmente determinado, el médico, como mentor del proceso de trabajo, dispondría de una forma de aplicación del saber clínico científico tal que podría reconstruirlo en una “clínica social” y, así, constituir un saber operante cargado de todas las “exigencias” técnicas y sociales. Sin duda, la inserción del médico en un proceso de trabajo que le permita esta maleabilidad es la de una autonomía técnica, que encuentra en la autonomía del propio médico con relación al mercado de trabajo, su forma de organización social adecuada: como autónomo, haciendo coincidir en el agente de trabajo, trabajador directo, el productor y el “comerciante”, el médico puede concretamente ejercitar la capacidad de tratar técnicamente a sus enfermos, diferenciándolos entre sí a través de actos desiguales, pero efectuados con una misma manera aparente de proceder, estableciéndola, aún, como competencia exclusiva y personal, lo que le garantiza el monopolio del saber y de la práctica.

He aquí cómo históricamente se conectan los aspectos de la práctica liberal con los de la técnica moderna, y por qué la medicina que se construye así debe constituirse en esa forma “artesanal” de producción de los servicios. En eso se apoya la creatividad singular que ese trabajador desarrolla a través de la experiencia clínica concreta e individual, como saber clínico de base social. Se trata, en ese sentido, del acto creador; un arte que no se enseña, y, sobre todo, no se reparte, porque no tendrá jamás, por esencia técnica, carácter universal. Así, no es por su ciencia, sino por su arte, que los médicos se tornan productores distintos entre sí, aunque se deba recordar siempre que esa disociación entre momentos de la ciencia y del arte es solo un recurso analítico, pues son aspectos interrelacionados en la práctica concreta, incluso siendo polares.

Sobre la base de la singularidad del arte, los médicos pueden ofrecer servicios con la misma eficacia científica, pero que constituyan eficacias operatorias concretas

distintas. Y, por medio de esa calidad, los enfermos también formulan criterios de elección, aprendiendo a diferenciar concretamente lo que en el pensamiento se representa como una práctica siempre igual, es decir, desempeños cualitativamente iguales. Al respeto, se deben ponderar, además, dos cuestiones. Desde el punto de vista de la ciencia, la situación singular de enfermo individualizado supone la particularización de lo general, de forma que en la aplicación técnica se pueda concebir la eficacia de la acción sin alteraciones y, por lo tanto, siempre igual. En otros términos, la adaptación de la ciencia a la práctica implicaría mantener la eficacia científica, y una de las principales tareas del médico es eludir los *impasses* que surgen en ese plano de lo concreto. De ese modo, las fallas terapéuticas parecen independientes a la eficacia científica —que será preservada— y se refieren a la dimensión de la “adaptación” (el arte médico), de allí que la capacidad individual alcance a los médicos y no a la medicina, y los torne desiguales. Está claro que eso también se articula con la existencia de medios más o menos objetivos de evaluación de la eficacia. Lo que se señala aquí es el hecho de que la presencia del arte, de cierta forma y hasta en cierta medida, preserva la autoridad del saber médico en la representación ideológica, dado que de allí derivan posibilidades de fracasos sin que eso necesariamente socave la competencia de orden médico, y hasta incluso la competencia del propio médico.

La base fundamental de coherencia de esa representación está dada en la concepción de “arte” y “ciencia” como realidades que serían en sí mismas distintas, autónomas entre sí y que el médico combinaría en el trabajo. Un primer efecto de esa ideología, como se analizó anteriormente, es el de preservar a las ciencias médicas de todo cuestionamiento vinculado a su aplicación, ya que esta solo sería posible a través del imponderable dote personal del médico en el dominio del arte de la profesión. La segunda observación tiene un sentido, de cierta forma, opuesto y complementario: preservada por su relativa autonomía respecto del arte, la ciencia, ahora legitimada, preserva, a su vez, al propio arte, de los cuestionamientos que pudieran alcanzarlo, ignorando esa peculiaridad de no ser un arte cualquiera, sino un “arte científico”.

En síntesis, se podría decir que la construcción de la autonomía profesional de los médicos fue la forma históricamente necesaria para la constitución de la práctica médica en la sociedad capitalista y, al mismo tiempo, la forma socialmente adecuada para la reproducción de la situación de sus agentes en la posición destacada que ocupan en esa misma sociedad. Al ser tensionada por movimientos que implicaron nuevas contradicciones, como la especialización del trabajo y la contratación asalariada del trabajador, la autonomía se configura siempre como un problema vital para la profesión. Al no poder ser preservada con todas sus cualidades de origen, se reordena el control sobre el proceso de trabajo y queda limitada a la esfera técnica de la acción del médico. Se retira, entonces, del control sobre la forma de organizar socialmente la producción y la distribución de los servicios asistenciales, por lo que el médico pierde su anterior control sobre el modo de organizar la realización cotidiana del trabajo y su comercialización.

PARTE III

La medicina tecnológica

¿Qué es la vida? No se sabe. Tenía consciencia de ella incontestablemente, desde el momento que era vida, pero ella misma no sabía lo que era. [...] La consciencia de sí mismo era, pues, simplemente una función de la materia organizada, y en un grado más adelantado esa función se resolvía contra su propio portador, se convertía en tendencia a profundizar y explicar el fenómeno que había provocado; una tendencia llena a la vez de promesas y desesperación, de la vida a conocerse a sí misma, investigación vana hasta el último extremo, puesto que la naturaleza no puede resolverse en la consciencia, ni la vida puede sorprender la última palabra de ella misma.

¿Qué era la vida? Nadie lo sabía. Nadie conocía el punto de la naturaleza de que nacía, o en que se encendía...

¿Qué era, pues, la vida? [...] No era ni siquiera materia y tampoco espíritu. Era algo entre los dos...

La anatomía patológica, uno de cuyos volúmenes sostenía inclinado hacia la luz roja de la lámpara, le informaba, por medio de un texto sembrado de ilustraciones, sobre el carácter de los grupos parasitarios de células y tumores infecciosos. Eran formas de tejido [...] provocadas por la irrupción de células extranjeras en un organismo acogedor y que, de algún modo —tal vez sea preciso decir de un modo depravado— ofrecía a su crecimiento condiciones favorables.

Todo esto se refería a la patología, a la doctrina de la enfermedad, y era el acento del dolor colocado sobre el cuerpo, pero al mismo tiempo sobre la voluptuosidad. La enfermedad era la forma depravada de la vida. ¿Y la vida?

Thomas Mann
La montaña mágica



Foto: Pixabay. San Pablo, Brasil.

Capítulo 7

Capitalización y tecnicismo: tensionando la autonomía y los vínculos de confianza

La medicina tecnológica se caracteriza por dos procesos simultáneos que imprimen un fuerte tecnicismo en su práctica, y que se sustentan, como parte del mismo movimiento histórico, en la capitalización de la producción asistencial y la constitución de las empresas para la prestación de servicios médicos. Se trata de la especialización del saber y de la creación progresiva de la tecnología material correspondiente. La incorporación de estos dos elementos al trabajo cotidiano reorganiza los espacios y los lugares constitutivos del proceso de trabajo, dándoles otra dinámica de interacción: el médico, el saber, la tecnología material y el paciente encuentran nuevas disposiciones relacionales, nuevas demarcaciones como agentes, instrumentos y objetos de trabajo, y nuevas actuaciones intersubjetivas.

Cabe aquí demarcar más precisamente el proceso por el cual el trabajo médico pasa a designarse como *especialización*. El término, en el sentido común, usualmente nomina tanto la fragmentación del conocimiento en ramas del saber, como el proceso de división técnica del trabajo. Los médicos también lo formulan de este modo, puesto que sus representaciones acerca de la profesión toman la segunda condición como producto de la primera.

Por el contrario, la presente aproximación ve el mundo del trabajo como significativo en la constitución del saber y de las prácticas fragmentadas y, además, articula la especialización a la presencia masiva de tecnología material, cuyo movimiento de creación deriva también del mundo del trabajo, visión que deshace la separación artificial que el propio pensamiento médico realiza entre ambas: la fragmentación del saber y la creación de equipamientos materiales. La especialización es un proceso en el cual, además de las dos dimensiones anteriormente referidas, participan todas las otras articulaciones sociales del trabajo médico. Sin embargo, la elección de analizar en este texto la división del trabajo y la tecnologización de la práctica, tiene el propósito de trabajar exactamente la tensión generada por la autonomía y su reconstrucción desde la perspectiva “interna” del acto técnico, perspectiva, pues, del proceso de trabajo. De este modo, la especialización y la tecnología incorporada se entienden como resultado y movimiento conexo de la reorientación de la aprehensión del enfermo, al redimensionarlo como objeto de trabajo. La práctica médica especializada y tecnológica significa, por lo tanto, ante todo una nueva delimitación del objeto de intervención del médico.

Otro aspecto es el hecho de que la homogeneidad de la categoría profesional se pierde en relación con la especialización pues, al dividirse, se generan desempeños más o menos intelectuales, alterándose las posiciones de los diversos agentes de trabajo en la estructura social. Esa redistribución implica necesariamente la pérdida de fracciones de poder, es decir, posibilidades distintas de participación de cada médico individual en el poder corporativo: los médicos se dividen en agentes más o menos mentores de la modalidad de desarrollo de los proyectos tecnológicos y asistenciales de su trabajo, dado que esa participación progresivamente se distancia del ámbito de lo personal, y pasa a los planos considerados exteriores al núcleo técnico de sus prácticas. Por ejemplo, basta observar las políticas empresariales de innovación de tecnología material a nivel de las industrias de equipamientos o de la industria química farmacéutica: el hecho de que las posiciones de comando en los centros de investigación industrial se mantengan aún bajo la guarda del monopolio médico, ya no tiene el mismo sentido que el monopolio configurado en el dominio individual de los médicos. La relación entre el orden médico y el conjunto de sus agentes cobra características muy distintas a las observadas anteriormente.

En consecuencia, tanto el dominio como la responsabilidad sobre las posibilidades concretas de demarcación personal de la autonomía profesional se disponen de forma diferencial para los distintos tipos de inserción del médico en el proceso de trabajo. Eso produce que la toma de conciencia entre los médicos acerca de esa historia de la especialización sea diferente: algunos, en comparación al orden anterior, se sienten tan “perdedores” como los enfermos; otros, no se sienten creadores o responsables de los cambios sino que, por el contrario, se representan a sí mismos como sufriendo los efectos de las alteraciones “impuestas”, al menos en lo que respecta al conjunto de las repercusiones en el trabajo médico que se articula al desarrollo científico-tecnológico. Esas repercusiones configuran otro modo de organización de la medicina moderna, que se aproxima más a las características del trabajo empresarial.

Lo difícil es decir concretamente qué cambia en este nuevo trabajo médico, dado que todos los elementos que lo componen se reconstituyen en nuevas estructuraciones, aun cuando algunas de las formas de producción de los servicios continúen presentando expresión más cercanas a la configuración anterior. Así, por ejemplo, se mantiene, aparentemente, la modalidad de “pequeño productor individualizado”, es decir, el trabajo del consultorio privado; y, en el mismo sentido, parece persistir la configuración del acto médico bajo la misma forma de relación interindividual, a través de la permanencia formal de la consulta médica como unidad de producción. Sin embargo, dados los cambios en las relaciones de trabajo del médico, ni la “medicina de consultorio” tiene el mismo significado que la antigua práctica aislada, independiente y liberal, ni la nueva consulta tiene el mismo sentido. Son otras, ahora, las formas de propiedad de los medios de producción. Al aumentar y diversificarse los instrumentos materiales, no se puede conservar totalmente su posesión; cambian también las condiciones de propiedad y demarcación de los espacios físicos, ya no son solo los del consultorio, sino también los del hospital que, al ser cada vez más importante para la práctica, deja de ser solo

una prolongación del primero; cambia la calificación técnica del médico y se diversifican en tipo, alcance y profundidad; cambian los modos por los cuales el paciente integra ese proceso y pasa a constituirse en el objeto del trabajo. Este conjunto de cambios necesariamente constituyen distintas formas de articulación entre los componentes del proceso de trabajo, lo que implica cambios en la acción, en el volumen de producción y en el tiempo gastado por unidad de trabajo realizada, por lo que ninguna de las nuevas modalidades obtenidas se asemeja a la consulta del modelo tecnológico-asistencial anterior.

Desde la perspectiva de las relaciones entre productores y consumidores de servicios, a su vez, se constituyen nuevas formas de inserción del médico y de los clientes: la producción de estos servicios no siempre depende de forma directa y exclusiva del médico y la atracción de los clientes se institucionaliza bajo formas distintas de captación, que redefinen tipo, volumen y adherencia de los pacientes a los médicos individuales y reorientan en varios sentidos la relación médico-paciente.

Es evidente que, a través de estos cambios, también el modo de interrelación de los profesionales se altera profundamente. Ya no se trata de una “cooperación entre iguales”, como la que se daba entre aquellos productores aislados e independientes de la práctica liberal, cuya designación mejor sería la de “colaboración”, dado el sentido más orientador, consejero o de asesoramiento que se inscribía en las formas de combinación de trabajos fragmentados para la producción de un mismo cuidado. La “junta médica”, no configuraba acciones necesariamente complementarias y dependientes.

La medicina tecnológica, sobre la base de la división progresiva del trabajo, produce, por un lado, una cooperación obligatoria y, por otro, una cooperación entre desiguales, sea como consecuencia de la división del trabajo que separó ciertas partes de aquello que solo el médico realizaba y constituyó “profesiones” subordinadas al trabajo médico, tal como la enfermería; sea como producto de la división entre trabajos médicos más o menos especializados dado que, en esa división se crean autoridades distintas de saber, valorizadas técnica y socialmente de modo diverso.

El establecimiento de ese modelo representa, por lo tanto, alteraciones en la práctica médica tanto desde el ángulo de la técnica como desde el ángulo de la organización de la producción y de la distribución de los servicios en la sociedad. Esta última perspectiva, significó el aumento y la diversificación de la producción, en un movimiento en el que también se amplía la cobertura a la población.

A través de la creciente incorporación de equipamientos materiales a la práctica médica, también se verificó una diferenciación del patrón financiero necesario para la constitución de unidades de producción. Así, surgen diversos grados de concentración de los recursos financieros, que demarcan unidades más o menos amplias de producción. A la par que la nueva tecnología exige cada vez más recursos, el productor del consultorio privado ya no consigue mantenerse de forma independiente y aislada de los mecanismos sociales que generan los costos crecientes. Esa medicina tecnológica, por lo tanto, también representa la penetración del capital privado en esa área de producción social. Dependiendo de las condiciones del capital para ingresar

en ella, de la misma forma que ocurre con la capitalización de otras ramas de la producción, en las distintas formaciones sociales se generan modos particulares de realización del capital: mayor o menor presencia del Estado como productor directo y/o como financiador de productores y consumidores; mayor o menor viabilidad para que pequeños productores privados constituyan empresas médicas independientes o bajo la intermediación de seguros de salud privados.

Para el médico productor directo, en su relación con los clientes, todo esto significa la presencia de intermediarios: el Estado, la empresa médica, el seguro de salud. Así, el pequeño productor del consultorio también se vincula a los mecanismos institucionalizados de captación de los clientes, a través de las acreditaciones o los convenios con aquellos intermediarios mercantiles. El médico no solo pierde el control sobre los clientes, sino que se ve involucrado en otros dos cambios relevantes: en primer lugar, una subordinación de la remuneración del trabajo a las condiciones concretas de comercialización, las cuales varían en cada situación establecida, con diferencias en el tipo y valor de la remuneración del trabajo, y sobre la cual el médico no necesariamente opina; y, en segundo lugar, una separación del médico, como productor directo, de sus medios materiales de trabajo, separación que varía, con posibilidades de pérdida total o parcial de la propiedad de los instrumentos, ante la institución que organiza la producción de su trabajo.

Como efecto de la capitalización, se diferencian las instituciones productoras de servicios dentro de ciertos límites técnicamente demarcados y variables, que obedecen a la lógica de sus propias necesidades de acumulación, con lo que separa al médico del control total de la producción del trabajo. De un modo distinto, pero respondiendo a criterios gerenciales análogos de optimización de recursos o a criterios directamente político-sociales, la estatización coloca la organización social de la producción de la atención médica en patrones que escapan al control del productor directo. Por lo tanto, el capital privado, las empresas públicas y las políticas de salud reglamentan la inserción del profesional en el mercado de trabajo, tanto a través de las prácticas especializadas concretamente absorbidas, como a través del tipo del vínculo establecido entre el médico y la institución.

La tendencia a la polarización entre las especialidades generales y las subespecialidades, al igual que la polarización entre trabajo asalariado y propiedad, contiene una gama variada de situaciones en las cuales el médico productor directo detenta, de forma individual, diversos grados de control efectivo sobre su técnica. Por otro lado, la categoría profesional en su conjunto se encuentra presente de forma desigual en la formulación de las políticas de salud, de las políticas públicas de administración institucional o de las políticas empresariales del capital privado, aunque todos los médicos productores directos deban adecuarse a ellas.

De ese modo, en contraste con el proyecto liberal, la peculiaridad del actual proyecto tecnológico no está solo en haber cambiado el patrón de la práctica, sino en haberlo hecho a través de la institucionalización de las diferencias y de las desigualdades, formalizando mecanismos de diversificación de la producción de los servicios y legitimando la constitución de prácticas distintas. Por lo tanto, si hay una característica uniformemente presente en ese modelo, esta reside en la profunda

heterogeneidad que se instala en la medicina, con relación a la producción institucional de los servicios y a la dimensión técnica de la práctica. Pero esa diferenciación técnica interna no se da, como supone el pensamiento médico, como consecuencia exclusiva de una “inserción” diferencial de las prácticas profesionales en diversas instituciones. Y aunque provenga de la actual diversificación técnica del saber y de los instrumentos materiales, tampoco es producto exclusivamente de eso. Las transformaciones de los servicios expresan, en realidad, un conjunto articulado de cambios “internos” y también “externos” a la técnica, mucho más complejos.

El objeto de intervención que toma el trabajo especializado —como parte de la totalidad orgánica individual para unos, y nueva totalidad orgánica para otros— es otro objeto, con relación al anterior, que ya no es único para el conjunto de la práctica médica. En otros términos, si bien es verdad que, a primera vista, lo que llama la atención de esta nueva medicina es el cúmulo de tecnologías materiales, sostener la representación de las transformaciones ocasionadas a través de esa característica, opaca el reconocimiento de otras transformaciones vinculadas: la redefinición del proceso de intervención, que lleva a la superación de la clínica como medio básico de trabajo; y el redimensionamiento de la consulta como unidad de producción. Así, sin querer negar la importancia primordial en la determinación del proceso histórico que se configura en los instrumentos de trabajo, lo que se verifica es la expresión de un solo y único proceso, en el que los instrumentos se articulan con otros órdenes de la realidad, de los cuales, al mismo tiempo, son parte y, a los cuales, también, explican.

La tecnología material y sus impactos tecnicistas

La presencia de la tecnología material produjo una transformación radical en el proceso de trabajo en tres direcciones complementarias y parcialmente superpuestas: en primer lugar, los efectos sobre las relaciones sociales de los agentes de trabajo, que se transforman a medida que los costos de estos equipamientos modifican sus posibilidades de apropiarse de ellos, como ocurre, por ejemplo, con el trabajo asalariado como relación laboral; en segundo lugar, se debe considerar que el desarrollo de equipamientos amplía y lleva hasta las últimas consecuencias, de modo coherente, la racionalidad clínica, antes sustentada casi exclusivamente en el saber, y radicaliza la medicina como trabajo ultratécnico e impersonal; en tercer lugar, se debe enfatizar que esa autoconfirmación de la racionalidad clínica bajo formas progresivamente “más objetivas”, multiplica su poder reproductor al espacio de la sociedad, de las ideologías que aprehenden y explican la salud y la enfermedad como fenómenos individuales y naturales, e induce, entre otros referenciales, la noción de salud como cuestión esencialmente de consumo, de bienes y de servicios.

A través de la clínica anatomopatológica, el carácter científico de la intervención se funda, desde el comienzo, en la búsqueda de modos progresivamente más objetivantes del proceso de trabajo. Ahora bien, si desde el inicio, dada la escasez de

recursos materiales, la racionalidad que regía la aplicación del conocimiento científico se apoyaba fundamentalmente en el ejercicio personal del médico, es obvio que los instrumentos creados funcionaron como garantes de grados mayores de objetividad, porque no dependían, aparentemente, del sujeto. Eso fue entendido como si recién en ese momento la medicina se tornara científica, cuando en el fondo, como ya fue señalado, la racionalidad es exactamente la misma, de hecho lo que varía es la “productividad” de su aplicación.

El hecho de que tanto la medicina liberal como la medicina tecnológica pertenezcan a la ciencia moderna no es algo, sin embargo, fácil de reconocer. Porque, por un lado, es verdad que, justamente, en virtud de ese fundamento en la ciencia moderna el ejercicio de la subjetividad del médico se constituyó plenamente en el modelo liberal, y la acción técnica quedó establecida —como proyecto y ejecución— bajo el control de cada médico individual. En definitiva, esto posibilitó la reconstrucción de la ciencia general en la situación particular de cada caso. Pero, por otro lado, también es verdad que este modo de plasmar la razón médica, que se aproxima al enfermo desde un plano personal y más subjetivo, implicó regular la práctica con criterios de evaluación igualmente subjetivos y personales, por lo que a la medicina le restó la desalentadora situación de presentarse como práctica técnico-científica controlada por criterios muy poco objetivos, como demandaría aquella misma racionalidad de la ciencia. Y la evaluación de base subjetiva estaba presente desde la demanda de la atención del médico, en el juicio del enfermo que reconoce su sufrimiento o disconformidad como necesidad a ser sometida al trabajo médico, hasta la finalización de la práctica, cuando en la evaluación personal del enfermo, desaparecía lo que sentía.

Cabe aquí un paréntesis, pues tanto la dimensión subjetiva (atenuada por la presencia de la tecnología material) como la individualización que envuelve el acto médico producen una forma muy específica de evaluación de ese trabajo. La “incertidumbre”, que inundaría la intervención, como la califica el propio pensamiento médico, también implica la inviabilidad de criterios de base estrictamente objetivo-científicos como evaluadores exclusivos. Y eso vale no solo para el efecto terapéutico, en el que participa, además, el propio enfermo, sino también para el diagnóstico. La necesidad de mantener juicios subjetivos está dada por una de las características de la práctica, sobre todo, la de ser una intervención “individualizante” y no universalizante, tendiente a lo científico (Freidson, 1970a). Se crea, de ese modo, una especie de “ciencia particular” y personal que adopta la clínica: la experiencia individual previa sobre casos singulares. Y la ampliación de las bases más impersonales con la “tecnologización” del acto médico no la compromete, pues, según los médicos, esa tecnologización no se asentaría en el raciocinio, que sería el que elabora el diagnóstico y la prescripción del tratamiento, sino que conformaría la técnica como algo ajeno a ese raciocinio y, por lo tanto, “externo”; es decir, se situaría en los criterios de evaluación de la eficacia global y particular de la intervención producida. Por esta razón, conservar la forma individualizada del trabajo, en la consulta médica, incluso con la presencia masiva de la tecnología material, provoca que las aplicaciones científicas estandarizadas tengan siempre que sufrir adaptaciones de

carácter particularizantes, preservando el margen de subjetividad en la evaluación, por sus relaciones con la reproducción de la autonomía profesional.

Este aspecto de vulnerabilidad dado por la falta de reglas plenamente objetivas de evaluación, y el aspecto de omnipotencia dado por la autonomía, se evidencia en las actitudes ambivalentes que el médico adopta al juzgar su trabajo:

On the one side he has a more than ordinary sense of uncertainty [...] on the other he has a sense of virtue and pride, if not superiority. This ambivalence is expressed by sensitivity to criticism by others. [...] While self-criticism is acceptable, criticism by others is not. (Freidson, 1970a)

Además, esa cuestión del efecto eficaz de la práctica es extremadamente peculiar y torna aún más difícil una evaluación cuya objetividad esté menos invadida de juicios personales, dado que la práctica clínica cuenta con el propio efecto de lo subjetivo personal en la eficacia terapéutica. Según las afirmaciones de los médicos, buena parte del resultado satisfactorio reside en la confianza que tiene el paciente en el médico, de lo que deriva la reacción favorable del primero al tratamiento, siempre que su médico se muestre confiable ante el acierto de la conducta. Y tal reacción subjetiva del paciente sería, por sí solo, un tratamiento.

No obstante la subjetividad necesaria, reconocer la misma científicidad para modelos tan distintos de intervención no será simple. Nótese que, si en el momento de su constitución moderna, la práctica clínica se construye por medio de una técnica ampliamente dominada por esa dimensión subjetiva, desde su base en la anatomopatología ya traía el propósito de transformar tal situación, al admitir que una progresiva reducción de la “personalidad” en pro de una clínica armada, reduciría la “subjetividad” en el acto técnico. La reorientación de la anamnesis para buscar los signos de la enfermedad y la introducción del esmerado examen físico, que confiere a los sentidos personales del médico la capacidad de ver la enfermedad en el cuerpo enfermo, demostraba desde su origen, la disposición de imprimir el desarrollo de un instrumental que amplifique progresivamente esa mirada, cada vez más impersonal y menos “subjetiva”. Y a medida de que se fue efectuando, creció la objetivación del sufrimiento en la enfermedad, y creció también la objetividad del proceso intelectual de elaboración de esta en el acto clínico.

Como dato histórico se puede registrar que la ampliación de la observación directa en busca de signos físicos de la enfermedad inicia su mayor desarrollo a partir de 1850. Si bien fue un gran período con pocos recursos materiales, una vez que se inició su desarrollo, rápidamente marchó en esa dirección, hacia planos cada vez más profundos y particulares de reconocimiento de la enfermedad, hasta la posibilidad de encontrarla allí donde ella aún no se permite ver:

...visión directa de las lesiones ocultas. Este supremo “desiderátum” de la mentalidad anatomoclínica —temprana y significativamente expresado por el propio nombre de “estetoscopio”— ha sido alcanzado mediante la endoscopia, los rayos X y las investigaciones quirúrgicas exploratorias. Desde el oftalmoscopio de Helmholtz (1851) y el laringoscopio de M. Garcia (1895),

hasta el cistoscopio de M. Nitze (1879) y los broncoscopios de A. Kirstein y G. Killian (1859 y 1898), el desarrollo de las técnicas endoscópicas ha sido rápido y fecundo. Más aún cabe afirmar esto, a partir del descubrimiento de los rayos X (Roentgen, 1895)... (Entralgo, 1978).

La creación de estos primeros equipos corresponde a la búsqueda de las lesiones de la anatomoclínica y se sustenta en esa concepción sobre el proceso mórbido, de la cual surgen otras formas de ampliación de la observación que derivan de las concepciones de la fisiopatología y de la etiopatología. La primera de ellas generó los trazos gráficos: el esfigmógrafo de K. Vierordet, en 1855; el flebógrafo y el polígrafo de Mackenzie, en 1853 y 1925, respectivamente; y el electrocardiógrafo de Einthoven, en 1903; la medición de la fiebre, en 1868, y del metabolismo basal, en 1893; y también las “pruebas funcionales” como el dosaje químico de las enfermedades renales, o de depósito (gota) o metabólicas (diabetes). Es así que, si la anatomoclínica permite la visión directa de la lesión (enfermedad), la fisiopatología muestra también los síntomas, en la producción de un nuevo sentido para el signo físico. La mentalidad etiológica, a su vez, iniciada con la teoría de los gérmenes (Pasteur, 1878) y la enunciación de las “reglas de Koch” sobre las infecciones, en 1882, produjo el camino para la microbiología y la inmunología, las cuales, constituidas a partir de los primeros años del siglo XX (auxiliadas por el microscopio, de uso corriente a partir de 1850) crearon las raíces de las futuras nociones de prevención (Entralgo, 1978). Y en estas, más allá de “ver” los síntomas, buscando alteraciones donde ni siquiera está aún la lesión, la mirada médica se amplía para “ver” el riesgo, previendo en silencio la lesión futura.

Sin embargo, la presencia crecientemente objetivadora de la tecnología material amplió la capacidad del observar de todos, y no solo del médico. Así, el paciente y todos los otros agentes del trabajo médico que se involucran directa o indirectamente con el acto del médico individual —sean tales agentes médicos, o no—, pasan a tener acceso al proceso que antes efectuaba exclusivamente el productor directo, y a ejercer algún tipo de regulación sobre la práctica. Luego, la pérdida del control sobre el proceso de trabajo no se mantuvo solo en el plano de la pérdida de la propiedad de los recursos tecnológicos, sino que la propia presencia de los equipamientos, más allá de su ejecución, alteró la posibilidad de sostener, para cada médico en forma aislada, el mismo grado de control que tenían, en la práctica liberal, sobre su trabajo y sobre la evaluación de la eficacia. A partir de allí, se producen otros dos desplazamientos en la regulación de la práctica: la sintomatología no puede por sí sola ser un criterio de finalización del trabajo y alta del paciente, como tampoco la demanda de intervención es solo una iniciativa de este último. Vale decir que, a partir de la medicina tecnológica moderna, la aprehensión de la enfermedad se hace también allí donde el individuo no percibe o no siente que está enfermo.

Este cambio radical significa otra construcción del abordaje del enfermo: el saber científico pasa a tener otra forma de articulación con la demanda social, mediada por el saber operativo, que redistribuye las posiciones y proporciones vinculadas a los planos objetivo-científico y subjetivo-social, con relación a la construcción anterior de los procesos de trabajo. Al conservar la misma designación —la clínica— que

ciertamente quiere hacer referencia a la cientificidad, se oculta la gran transformación de la técnica que se produce en ese movimiento histórico. La anamnesis cambia su significación por completo al realizarse de forma sincrónica con los exámenes diagnósticos o el examen físico, o incluso por suprimirse:

El examen ya no se interesa por relacionar la superficie del cuerpo, es decir, las potencias palpables, con los elementos reveladores del mal. Al traspasar la frontera con la que lindaba desde siempre el testimonio mórbido, este busca ahora la esencia de la lesión en las cavidades de los órganos (endoscopia) o en la organización histológica (anatomopatología). A la autopsia verificadora, lógicamente contemporánea de la muerte, le sucede el rapto de sustancia viva de la biopsia. [...] El viejo signo patológico de certeza parece anacrónico desde el punto de vista de este extremo acercamiento causal. [...] Lo que el investigador descubre a través del microscopio, invalida la rica lexicografía de signos que oculta la clínica. (Polack, 1971)

Los exámenes diagnósticos poseían originalmente un doble sentido: el de objetivar la enfermedad, en la reclasificación del diagnóstico hipotético en enfermedad confirmada, y el de una especie de “prueba” del propio raciocinio a través del que se construía la hipótesis diagnóstica. De allí que, en el método clínico, tales recursos aparezcan como subordinados a la anamnesis, cuya obtención era el primer procedimiento técnico. Sin embargo, el desarrollo que subvierte la posición relativa de los exámenes diagnósticos en el método clínico, tiene sus fundamentos científicos en la búsqueda de las irregularidades patológicas previas al síntoma (diagnóstico precoz), o en la búsqueda de condiciones vitales potencialmente patológicas, o incluso en la búsqueda de antecedentes mediatos previos a la causalidad inmediata final, en la noción de riesgo, base de la prevención. Y así, al anclarse en el mismo orden científico, se valida esta subversión que permite el ejercicio de una práctica que tiene a la ausencia de la participación del enfermo como sujeto. Esa participación se reduce a los momentos iniciales de aproximación, pero ya sin un significado propiamente anamnésico: los recursos diagnósticos objetivantes de la estructura del cuerpo, que antes permitían depurar los acontecimientos de la vida social del enfermo para la producción de hechos patológicos, ahora pueden producir directamente esos datos, sin el testimonio del enfermo. Pues, aunque no conformen un conjunto lógico encadenado basado en una demanda, la mayor cantidad de estos datos encuentran su justificación en el chequeo preventivo, y pueden construir cadenas lógicas (explicación científica) basados exclusivamente en sí mismos.

Aunque, por otro lado, no hay que olvidar que la presencia de la historia de vida, en la anamnesis, constituía la contribución específica del enfermo, de allí que asumiera el carácter de componente importante de la eficacia técnica concreta, sea porque por medio de esa participación el médico se apropiaba de la vida social concreta del enfermo para reelaborarla en el tratamiento (arte de curar), sea porque en ese ejercicio de la subjetividad se originaba el sustrato básico de la confianza y de la aceptación, por parte del enfermo, del dominio pleno del médico, elementos entonces considerados esenciales para la garantía de los efectos eficaces del acto clínico.

La incorporación de la tecnología material reduce los espacios de realización de la subjetividad y de apropiación de lo social, para ampliar los de las operaciones científicas y objetivas en técnicas que se supone depuradas de juicios de valor. Lo que ocurre, no obstante, es un desplazamiento de estos planos: si la presencia del paciente, como sujeto, está disminuida al momento de la demanda —desde la búsqueda de un servicio hasta la expresión de su historia mórbida— por una mayor transparencia de los instrumentos materiales, esa misma presencia se amplía al interior del propio núcleo técnico (diagnóstico-tratamiento) de la práctica, núcleo que antes era monopolio del médico.

El médico, a su vez, puede prescindir de la vieja forma de aprehensión de la dimensión concreta de la realidad de la vida del enfermo, pues simultáneamente a la incorporación de la tecnología material que torna ociosa a la anamnesis, se establece otra aproximación al enfermo, como sujeto social. Se trata del hecho de que, a medida que se extendió la producción asistencial a sectores más amplios de la población, se produjo una redistribución efectiva de los clientes por los diferentes tipos de institucionalización de la atención médica, sobre la base de una estratificación social. El médico que necesitaba del relato vivo del enfermo, y de cada uno de ellos, para apropiarse técnicamente de sus condiciones concretas de vida, puede hacerlo ahora a través del reconocimiento del tipo de cliente captado, según su inserción institucional: el médico, como trabajador inserto en tal o cual institución, puede suponer (y de hecho lo hace) las características sociales del enfermo que lo demanda a partir de su propia localización, de allí las denominaciones “paciente de consultorio”, “paciente de seguro estatal”, etc., que expresan, de otro modo, la aprehensión de la concreción de la vida del paciente.

Esta aproximación, menos individualizada y más generalizada, estructurada a través de los grupos sociales, puede fácilmente perderse en estereotipos, y distanciarse mucho de las historias de vida singulares. No obstante, lo que antes se aprehendía como “vida individual personal”, reduciendo lo social a ese nivel de expresión, ahora se aprehenderá como “vida colectiva de personas iguales”, produciendo una evidente ampliación de la noción de lo social presente en la práctica médica, aunque este resultado no haya sido explícitamente buscado por los médicos, o incluso deseado. La representación que hace el médico sobre su objeto de práctica pasa de una relación directa y personal a esa relación mediada por la institución, y lo que antes era “mi paciente”, pasa a ser el “paciente de” (convenio, seguro de salud, de ese o de aquel hospital o institución), y ese pasaje constituye un mecanismo despersonalizador de la relación, por los vínculos impersonales que produce. Eso implica —y traduce, por otro lado— la capacidad de tener criterios más “objetivos” de apreciación acerca de las características del enfermo como sujeto social, pero también pone en evidencia la presencia de lo social en la práctica médica, y muestra que la misma posibilidad que deriva en una aprehensión más impersonal de lo social, produce otra, de hecho, más sustantiva.

En síntesis, todo esto socaba los propios cimientos originales de la relación médico-paciente como relación interindividual, al subvertir tanto la expectativa del ideal de práctica, como también el espacio de la participación del enfermo en la

consulta. Por lo tanto, se podría decir que, a través de la incorporación de la tecnología material, se recontextualiza la posición relativa de los sujetos sociales involucrados en la práctica médica, tanto en el plano de la organización de la producción de los servicios, como en el plano del proceso de trabajo.

Pero si hasta aquí se analizó lo que la medicina tecnológica altera en el proceder diagnóstico, existen muchas alteraciones en el mismo sentido en el proceder terapéutico, quirúrgico o clínico. Este último, en especial, con los medicamentos industrializados y producidos a gran escala, se redimensiona el carácter científico de ese momento: una mayor objetivación del fármaco industrial, de composición química predefinida al acto médico, desplaza el tratamiento no medicamentoso del recetario médico así como la antigua manipulación de fármacos (incluso los fitoterapéuticos) adecuados a cada enfermo o sea el “formulario clínico” creado como ajuste individualizado de la conducta medicamentosa.

El tratamiento, al constituir el objetivo principal de la práctica, se configura en el ámbito del saber científico como un producto derivado del diagnóstico y, por lo tanto, su importancia está subordinada a este. Pero en el ámbito del trabajo social no es el diagnóstico sino el tratamiento el que cobra mayor relevancia. La medicina como arte de curar es la vía por la cual la práctica médica entra en la modernidad y es también la máxima presente en el propio pensamiento médico desde el momento inicial de su reorientación como práctica científica:

El arte de curar —finalidad esencial del médico— es la consecuencia inmediata de dos procesos fundamentales: el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. [...] Poco vale la precisión del diagnóstico, si luego no sigue a este el tratamiento apropiado. De aquí que se haya dicho con razón: el verdadero médico es aquel que cura. (Bandoni, 1941)

En el período histórico que corresponde al surgimiento de la clínica, el tratamiento se refería a un conjunto de medidas que orientaban la intervención hacia el plano de la totalidad individual del enfermo, cuya ejecución se subordinaba solo en parte a su dominio. Hasta aproximadamente 1940, el término remedio no era necesariamente sinónimo de medicamento y este no se presentaba como compuesto químico cualitativa y cuantitativamente definido fuera del acto terapéutico.

La singularidad del tratamiento presuponía la prescripción de un conjunto de medidas destinadas a la vida cotidiana, ajustadas al plano de cada individuo, al que se ajustaban también, como una parte de ese tratamiento, los medicamentos. El tratamiento, a su vez, como arte de formular, da cuenta de esa cualidad de personalizar el medicamento: los ajustes en las dosis, la combinación de los fármacos, la duración e intervalo de uso son aspectos que se articulaban a la edad, intensidad del cuadro mórbido, las condiciones concretas de efectuar el tratamiento, entre otros. Aunque las drogas sean estudiadas por sus propiedades químicas generales, sus propiedades concretas no se reducen a aplicaciones inmediatas, dada la peculiaridad de la enfermedad en cada enfermo individual:

Del remedio, se debe dar la cantidad necesaria y suficiente. Ni más, ni menos. Pero ¿cómo fijarla? Con este propósito vale la pena transcribir estos trechos de Scherf: "...se verifica que pacientes del mismo peso, con igual cardiopatía y con el mismo grado de descompensación necesitan dosis muy distintas de digital para obtener la compensación". [...] En nuestra práctica, en estos casos iniciales de insuficiencia cardíaca, hemos adoptado, para los adultos de casi 60 kilos de peso, el siguiente esquema: 7 gotas de solución milesimal de digitalina, o 3 comprimidos de Digifortis [...] o 20 gotas de Digipuratum una sola vez por día durante 10 días seguidos. [...] Pero no es más que un esquema que puede y debe ser modificado, si fuera necesario, con más o con menos, según el caso. (Romeiro, 1943)

Con la intensa transformación de este tratamiento, centrada en la presencia masiva de los medicamentos industrializados, se dio también la supremacía del fármaco industrializado como medio de cura. Y a medida que el medicamento fue desplazado de la enfermedad hacia los diferentes síntomas o signos —permitiendo el pasaje directo del plano personal del sufrimiento al tratamiento, tal como en el tratamiento sintomático— los recursos terapéuticos, junto a los nuevos instrumentos diagnósticos, sobrepasan a la clínica como medio adecuado de trabajo, tensionando el monopolio médico en la concepción, ejecución y evaluación terapéuticas. La mayor objetividad científica de la farmacología moderna, por lo tanto, lleva a que la construcción del tratamiento pueda prescindir de un diagnóstico de enfermedad y romper la exclusividad del médico en ese ámbito. Pueden hacerlo otros agentes e incluso el propio paciente, siempre que se apropie de estas construcciones terapéuticas, ya objetivadas en "prospectos" farmacéuticos de los productos industriales.

Por otro lado, a partir de la presencia progresiva de la tecnología material se tornan más complejas ciertas medidas terapéuticas, cuya efectivización las desplazan del dominio de una acción tecnológicamente simple y pasibles de realización por cualquier individuo, como el propio paciente, para constituirse en nuevas unidades de producción y modalidad de servicio y, en cuanto a la división del trabajo médico, en nuevos trabajos parciales y complementarios, en términos terapéuticos.

La presencia de la tecnología material se articula a la división técnica del trabajo en el plano exacto en el que se verifica la reconstrucción de la autonomía profesional bajo una nueva concepción de necesidad técnica: el monopolio del saber y de la práctica que fundamenta esa autonomía reconstruida ya no encuentra su justificación en la anterior necesidad de transformación de lo social en natural, que implicaba la apropiación de subjetividades sociales singulares, y que configuraba el "arte" de la profesión en el pensamiento médico. De aquí en más, se justifica por el cúmulo y la intensidad de la científicidad implicadas en la tecnología material, la cual representa en sí misma la "naturalización" técnicamente necesaria de la dimensión social del objeto del trabajo médico.

En otras palabras, la autonomía gana soporte en las exigencias impuestas por la dificultad instrumental de lidiar manual e intelectualmente con lo científico, un modo de lidiar que, progresivamente, se torna más complejo. En virtud del modo de construcción y apropiación del conocimiento científico, la complejidad para

procesarlo reside, y progresa proporcionalmente, en su fragmentación. De este modo, se legitima la persistencia del amplio dominio del médico ya que se presenta como el único capaz de entender (apropiación intelectual) la complejidad de la situación del enfermo que demanda atención, complejidad densificada por el tipo de conocimiento científico que la establece como tal. La autonomía se mantiene como herramienta necesaria, pero el actual proyecto tecnológico y asistencial requiere de su reconstrucción. De este modo, la autonomía se constituye nuclearmente, “purificada” en torno al momento de manipulación técnico-científica del trabajo, y ya no depende más del establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas.

Respecto de la división técnica del trabajo médico, la constitución de trabajos fragmentados se da en dos planos. Estos no escinden cualquier momento de trabajo, como tampoco implican modalidades de organización de la producción de la atención que subvierta la forma individualizada y privada de realización del cuidado, es decir, cada proceso de trabajo como una relación singular, intersubjetiva y exclusiva entre dos individualidades: el médico y el paciente. Los primeros en pasar de operaciones parciales de un mismo proceso de trabajo a la constitución de nuevos trabajos fragmentados o nuevas unidades de producción son los momentos “más manuales” del trabajo médico. Así, la manipulación directa del enfermo, sea diagnóstica o terapéutica, constituirá otro de los trabajos de agentes no médicos en el trabajo médico, como es el caso del trabajo de enfermería o el de operar los equipos. Ese carácter de fragmentación del trabajo que realizaba originalmente un solo médico es más evidente para los servicios del personal de enfermería y sus auxiliares o en los auxiliares técnicos de diagnóstico o tratamiento. Sin embargo, cabe recordar el hecho de que la especialización de estos actos diagnósticos y terapéuticos llevó a constituir trabajos fragmentados también en los médicos.

En realidad, se podría repensar esta última fragmentación como un poco más compleja. Si bien su sentido general continua siendo válido, tales trabajos se articulan con el trabajo clínico —cirujanos o de clínica médica— de una forma peculiar. Por ejemplo, aunque algunos de los servicios diagnósticos y terapéuticos se producen en calidad de “trabajo médico”, las partes que se refieren al trabajo clínico del médico, se presentan subordinadas, en cuanto formulación intelectual del proyecto global de la intervención. El dominio de esa formulación subsiste por ahora, como algo aún propio del trabajo clínico, aunque ya presenta formas que tensionan la autonomía de su agente y de la apropiación exclusiva de este sobre el control de todo el proceso.

Estos nuevos trabajos fragmentados se pueden organizar para la producción de servicios en diversas instituciones, o en una misma institución, y el hecho de estar dispuestos socialmente de una u otra forma solo implica mecanismos distintos, más o menos complejos, de articulación, que van desde el establecimiento de elaborados registros documentales hasta la vinculación interinstitucional formalizada. Ese aspecto debe ser señalado, pues los desajustes efectivos de estos mecanismos de articulación pueden ser concebidos como determinantes —en vez de derivados— de los impactos de la fragmentación del trabajo médico en la autonomía profesional.

Así, la reorientación del desempeño personal del médico en su acto de trabajo pasa a ser entendida como repercusiones de los ajustes socialmente necesarios en

la forma de organización institucional, y no como consecuencia del carácter de su propio trabajo como intervención parcial y dependiente de otros trabajos. Este último aspecto resulta una observación hasta más pertinente para la segunda modalidad de fragmentación del trabajo —aquella entre, en apariencia, iguales—, ya que la composición del trabajo médico parece ser más fácil entre desiguales, en la que se mantiene la soberanía del médico en el proceso. A lo que ahora se denomina trabajo fragmentado de “iguales” es la división horizontal del trabajo en la constitución de las especialidades médicas, las cuales, aunque conformen trabajos valorados de forma distinta, representan articulaciones entre trabajos de carácter intelectual similar, con relación a los desempeñados por otros profesionales no médicos.

Esta especialización médica escinde la totalidad individual del enfermo, fragmentándose el todo orgánico en la apropiación aislada de sus partes como objetos independientes de trabajo. Para que eso no implique la pérdida del control intelectual del proceso de intervención, la fragmentación se dio bajo la forma de construcción de procesos de trabajo relativamente independientes entre sí. Por lo tanto, si el cuidado no se aplica declaradamente sobre la totalidad orgánica individual, la presencia del enfermo, individual y total, permite las ideas de interdependencia y complementariedad de los trabajos fragmentados como posibles resultantes de las construcciones individualizadas y exclusivas de cada médico particular.

Además, cabe señalar el hecho de que los recursos tecnológicos materiales, si ya subvertían el método clínico, posibilitan la división de la totalidad orgánica en partes independientes al hacer que la secuencia metódica original pierda sentido, y dada la supuesta independencia, siempre que se la haga de algún modo, su conformación no requiere exactamente de una única secuencia. No cabe duda, por otro lado, de que el sufrimiento del enfermo aún sigue siendo la situación real que demarca la necesidad del trabajo del médico, como también el enfermo sigue siendo una totalidad orgánica que cobra sentido, en el plano individual, a nivel de la subjetividad singular que constituye. Sin embargo, esa subjetividad tampoco se orienta hacia la noción de un “todo orgánico individual”, y capta —según enseña la medicina— su sufrimiento a nivel de las estructuras y funciones del cuerpo. Eso también colabora para que la reconstrucción del todo orgánico-psico-social del paciente quede cada vez más distante del objetivo inmediatamente perseguido por el médico individual en cada intervención.

Pero no fue este distanciamiento sino la proximidad al todo individual lo que hizo de la consulta interpersonal, exclusiva y privada, una construcción técnica y socialmente exitosa. Descalificada esa especificidad en la actual organización de la práctica, la fragmentación —aunque deba mantener el trabajo asentado en la consulta individualizada— tensiona esa individualización, por medio de la pérdida parcial de la capacidad del trabajo especializado de apropiarse de lo subjetivo y de lo social en el abordaje del enfermo. Es oportuno observar que a esto se vincula una alteración en el modo por el cual la moral de conducta personal del médico se articula con sus procedimientos, al interior del acto técnico.

La inclusión de una determinada conducta moral, como elemento constitutivo del proceder eficaz del médico, como ya fue analizado, conformaba el modelo de

acción y representaba, para el enfermo, la base de apoyo de su juicio acerca del acto médico. Y, en ese sentido, como herramienta técnica, la ética y la conducta moral respectiva tendrán otros espacios y otras formas de realización y otra representación. En este nuevo significado técnico de la práctica, las nuevas bases de constitución se encuentran fundamentalmente en la tecnología material y en la especialización del saber. En la identificación del núcleo técnico esencial, a medida que ese núcleo es delimitado por calificaciones más impersonales, los términos originales de “dedicación” y “responsabilidad” nombran otras y nuevas realidades, más allá de dividir el valor del que disponían, con relación al ideal de trabajo, con los nuevos preceptos que advienen de esa práctica cada vez más identificada con la pura aplicación de la ciencia.

El conjunto de estas alteraciones significa, para los médicos, un avance en la dirección pretendida: la científicidad de la medicina. Sin embargo, representa, a la vez, un avance similar en una dirección no exactamente deseada: la de la pérdida de los espacios de actuación cuyo dominio les suministraba, anteriormente, la propia identidad profesional, que se traduce nada más y nada menos que en el monopolio sobre el carácter de la práctica. Y cuando la reconstrucción de ese monopolio, en los términos tecnológicos actuales, hace inviable su continuidad material en los términos anteriormente ejercidos, se recupera la categoría profesional como forma de rescatar la identidad profesional, buscando establecer en el plano de las representaciones una continuidad de valores e ideales de la medicina.

Por lo tanto, se analiza lo que ocurre con las concepciones de los médicos acerca del trabajo, a lo largo de ese proceso de cambios, a través de las cuales sus intelectuales buscan mantener la cohesión interna de la profesión. Cohesión que es de naturaleza política, pues los médicos extraen la fuerza para preservar el estatuto social ya adquirido de esa identidad profesional común; cohesión que también es tecnológica, pues el modo por el cual los médicos conciben su práctica, como modelo apropiado de acción, efectivamente conforma la tecnología de trabajo en la cual se realiza el acto médico.

Los cambios y el pensamiento médico

El pasaje de la medicina liberal a la medicina tecnológica especializada representó una nueva forma de captar el sufrimiento del enfermo. La relación entre su agente y el paciente pasó a ser una relación que se establece entre el saber médico (conocimiento general) y los pacientes (colectivo-impersonal), representados en la consulta, respectivamente, por el médico y el enfermo.

Si bien la medicina mantenía los principios generales de su construcción, dada la persistencia de la misma base científica, los médicos no comprendieron este nuevo objeto como algo diferente de lo anterior. En lo que respecta al objeto, conciben la medicina como si fuera la misma intervención sobre el sufrimiento de siempre, sin importar la total y completa variación de significados que históricamente adquirieron estos términos. Al mismo tiempo, con relación a la base científica, por el

contrario, la nueva forma de objetivación es concebida como otra científicidad, simbolizada por la tecnología material: la práctica de la medicina especializada es representada como una práctica “más científica”. La redelimitación del objeto de la práctica no es más que un desarrollo más preciso del mismo objeto de siempre, como si fuera una visualización más amplia y mejorada de lo natural del enfermo, la cual habría sido obstaculizada hasta el momento por la ausencia de la tecnología material y por la fuerte presencia de la subjetividad, representada por las bases más personales de realización de la práctica.

Por lo tanto, el pensamiento médico reconstituye el pasado en una nueva historia: la medicina liberal pasa a ser concebida como una “medicina tecnológica imperfecta” y no una forma históricamente perfecta (adecuada y necesaria), por medio de la cual la medicina encontró también modos apropiados de aprehender (“visualizar”) lo natural. El pensamiento médico supone, así, que la dinámica de la práctica progresivamente libera a la medicina de lo social, al mismo tiempo que, por el contrario, los desplazamientos de las bases más personales hacia bases más impersonales de la práctica, efectivamente lo hacen más presente: cuanto más se cree libre, tanto más la medicina se ve “invadida” por lo social.

Aunque no se trata exactamente de una invasión, puesto que las contradicciones que explicita la dimensión social de esa práctica, lejos de crearse como consecuencia de las transformaciones de la medicina resultantes de los desplazamientos de su objeto, como si expresaran eventuales efectos de estos desplazamientos, traducen órdenes de determinación estructural ya inscriptas desde siempre (y solo problematizadas de forma diferente) en cada uno de los momentos en los cuales se reestructura la medicina moderna. De allí que esta práctica haya sido, desde el punto de vista histórico, en cada época y a su modo, igualmente perfecta.

Ese sentido estructural es el que se quiere mostrar en este texto con la recuperación de las raíces históricas de los diversos aspectos constituyentes del trabajo médico. Por otro lado, también se quiere señalar el hecho de que, en el movimiento de lo real, si lo nuevo que se instaura posee ya, de cierto modo, un pasado, esa realidad que se estableció en el pasado, no se mantiene inmutable hasta el presente, sino que se transforma, en el proceso histórico que hace que lo conocido y lo viejo renazcan de un modo nuevo.

En este mismo sentido se considera la relación médico-paciente y los cambios en la aceptación social del orden médico que, desde el punto de vista de la sumisión del paciente al médico, aparentemente, siempre pareciera ser la misma relación médico-paciente. Pues, solo a modo ilustrativo, la ampliación de las posibilidades por parte del médico del dominio de lo orgánico se establece en la misma proporción que el médico “pierde”, ante el paciente, las amplias posibilidades que antes disponía de control sobre la subjetividad de ese paciente. Y esta pérdida significa que, incluso en el ámbito de la dimensión técnica de la práctica, no habrá más sumisión personal del paciente al médico, sino subordinación impersonal de los pacientes al saber científico de la medicina. Como contrapunto, desde la perspectiva del paciente, esta ampliación del dominio de sí, como enfermo-sujeto social, también lo distancia de una posible apropiación del conocimiento médico, pues este es ahora un saber

especializado y repleto de complejos procedimientos instrumentales: cuanto más se aproxima, por medio de un mayor dominio de sí, de la viabilidad potencial de un autocuidado, más el paciente se aleja de la viabilidad concreta de realizarlo.

Así, en la medicina moderna, desde el modelo liberal al modelo tecnológico y especializado, hay una efectiva transformación de la relación médico-paciente, que provoca una redefinición de las inserciones de ambos, médico y paciente, en el proceso de trabajo.

Sin embargo, el pensamiento médico seguirá manteniendo la noción de autonomía profesional para situaciones tan diferentes, que parece desconocer la total recalificación de las realidades que nomina. El pensamiento médico, dado su rechazo inicial, deja de considerar el hecho de que los elementos que constituyen la posición de autonomía cambian en la práctica de la medicina tecnológica y empresarial, y denotan otro sentido técnico, respecto de la medicina liberal. De ese modo, ante el cambio concreto de los modelos de trabajo, el pensamiento médico intenta buscar, en la producción de un discurso general y universalizante, *la subsistencia de la autonomía como representación*, concepción esta que, desplazada de las condiciones que pretende representar, se transforma en un símbolo mítico del ideal de práctica (Reed & Evans, 1987). Cómo se da esto y cuál es su efecto sobre la práctica como un todo, es lo que se analiza a continuación, examinando algunos referentes de la cultura profesional, con base en Chauí (1981; 1982) y Verón (1970).

El deber-ser en el cual el pensamiento médico proyecta la práctica se caracteriza por el esfuerzo de conciliar lo contradictorio y por el esfuerzo de identificar la continuidad. El supuesto de continuidad en oposición a las rupturas históricas, como juicio de valor sobre los procesos de transformación, es lo que sustenta la construcción de conceptos universales sobre el trabajo médico. Esa racionalidad no requiere que se elabore la noción de autonomía adjetivada, es decir, calificada por las específicas particularidades que la configuran en las diferentes situaciones de trabajo profesional, lo cual sería lo mismo que contextualizarla histórica y socialmente.

Por el contrario, el pensamiento médico se funda en nociones universales que pasan a tener, ante la ausencia de estas relativizaciones, la posibilidad de asumir cualesquiera de los significados ya producidos históricamente, sin asumir ninguno por completo, lo que pasa a ser, simultáneamente, *representación y norma*.

Desde la perspectiva de la representación, el concepto así formulado provoca que distintas realidades sean equivalentes, construyendo identidades entre diferentes dimensiones de lo real. De este modo, desde ese sentido que lo hizo absoluto, se pueden pensar independencias entre ciertas partes de lo real, que no solo son dependientes unas de otras, sino jerárquicamente dependientes y complementarias entre sí. Al ser general, el concepto cabe siempre a cualquier situación particular concreta, al mismo tiempo que es incompetente para abarcarlas por completo (en los sentidos que le faltan), por lo que es siempre impreciso: tanto el arte, como la técnica científica; tanto la razón de base subjetiva personal, como de base impersonal y objetiva. Al corresponder a todos ellos, la autonomía, e incluso la propia técnica, se disponen como términos absolutos de discursos universalizantes, que son pasibles de ser apropiados, tal como de hecho lo son, como saber único y siempre coherente

acerca de condiciones muy diversas. Así es para la autonomía de la práctica liberal y la de la medicina tecnológica. Por eso, ese pensamiento médico es un discurso que presenta lagunas, por lo que produce, como efecto específico de la racionalidad que lo concibe, un modo propio de desplazar la aprehensión de lo real, confundiendo lo que, por el contrario, pretendería explicitar.

En sus lagunas y en aquello que oculta reside el poder de ese pensamiento que sigue representando lo real en el curso de la historia. Es un saber que no enfrenta las contradicciones, aunque allí encuentre su límite y sea obligado a reconstrucciones periódicas. Una vez más, desde la perspectiva de la autonomía, el discurso universalizante que la elabora, al negarla como posición relativa y desigual ante el conjunto de los médicos (lo que es de hecho la forma concreta de su existencia social), absolutiza el polo técnico en el trabajo médico y —al establecer la autonomía como ideal de práctica común, que mantiene la “profesión” como único concepto representativo de todas las situaciones de trabajo— descalifica, por desplazamientos, las profundas distinciones de las posiciones técnicas y sociales de los médicos en su conjunto.

Además, al generalizar la concepción de autonomía, el pensamiento médico separó la organización institucional de la producción de los servicios de su dimensión operativa como proceso de trabajo, y las consideró como componentes independientes al interior de la práctica, por lo que pudo responsabilizar a lo social de los factores limitantes de la autonomía, e identificarlo con el primer componente vinculado a la organización institucional, en forma desconectada de lo técnico, el cual restringió al segundo componente relacionado con la dimensión operativa. Y si con esto también puede remitir la problemática de la autonomía a una “inadecuación” que sea independiente de sus agentes (con lo que ejerce el poder de eximirlos aparentemente de participar de lo social a través del trabajo), al mismo tiempo encuentra en esa problemática los propios límites por lo que, para recomponerse, debe generar un discurso cada vez más obligado a dirigirse, como *pensamiento de la profesión* (o de la corporación profesional), a cuestiones *político-sociales*.

No obstante esas características, el efecto de ese pensamiento no es producto solo de un discurso que presenta lagunas, sino también del hecho de que al constituir una razón atemporal, elabora simultáneamente las representaciones en normas, fijándolas como devenir. En otras palabras, este pensamiento asume la doble pretensión de constituir un saber que explique lo real y además se desdoble en normas de conducta para la acción. Desde esta última perspectiva, este discurso que tiene su origen *en* lo social debe pasar a tener un discurso *sobre* lo social, es decir, un discurso que antecede normativamente a lo social, a través de la formulación que descarta la raíz histórica de aquello que representa. Un discurso sobre las cosas que pasa a coincidir con las propias cosas: el concepto no representa más lo real, como producto de una elaboración reflexiva determinada, sino que supone, propiamente, lo real desvelado.

Se trata, pues, de la producción de un discurso impersonal (sin sujetos), en el que desaparecen las condiciones sociales objetivas e históricas de la producción de esta o de aquella forma de comunicación y de construcción de las representaciones y del saber. Queda aquí oculto el carácter social del conocimiento y de las formulaciones de concepciones sobre lo real, dado que, por otro lado, no se toma lo real como algo

producido sistemáticamente con base en las condiciones sociales: lo que nace *en* las relaciones sociales entre los hombres, y a causa de ellas, pasa a ser considerado como *originado fuera de ellas*, como propiedad intrínseca de otro componente de lo real, la naturaleza, que sería una parte aislada de lo social la cual presidiría las relaciones sociales, por lo que estas deben fundarse en las “necesidades” del mundo natural.

El pensamiento que se construye, que inmoviliza lo real, es producto del reclamo de los sujetos contra la imposibilidad de mantener fijas, a lo largo de la historia, las posiciones que ocupan en la sociedad. Desde esa perspectiva, la historia, los cambios, parecen siempre como un deber-ser desconcertado, cuyo orden se busca mantener, recuperándolo como si fuera una crisis que amenazaría a todos, y no solo a los que de hecho, sus posiciones han sido cambiadas. Y, en el discurso universal, eso parece siempre posible, al reforzar continuamente el propio pensamiento que lo formula. Así, con relación al trabajo médico, la posición de su agente (autonomía) deja de ser producto de las condiciones históricas de las relaciones entre el médico y el paciente y de los médicos entre sí, en la estructuración de determinada práctica de intervención social en lo social, para constituirse en el *presupuesto* de esa práctica. Como aspecto constitutivo del trabajo, dadas las respuestas que la práctica médica así organizada (y por organizarse) consigue ofrecer a las necesidades planteadas, y que se crean como problemas sociales históricamente dados, la autonomía del trabajador en el proceso de trabajo pasa a constituirse en una imagen que representa el proceso completo, cuya explicación pasa de elemento originario del proceso de trabajo a principio fundador de ese proceso, de elemento determinado a factor que lo preside. Gracias a la operación intelectual que escinde la autonomía como realidad técnica y social, y la instituye como un orden técnico permanente, el pensamiento médico concibe *la realidad de la nueva autonomía como si se tratara de la misma autonomía profesional de siempre*.

Además, la noción de autonomía como concepción posible y adecuada del trabajo es, tal como cualquier otra representación, dominio del pensamiento conceptual: pensamiento que, en el movimiento reflexivo de apropiación del mundo real, separa, o es capaz de separar, la cosa física de su imagen, y a través de nominarla la torna presente en la comunicación incluso en su ausencia material. Y si a partir de allí, por un lado, las representaciones encuentran sus cristalizaciones en el lenguaje —lo que significa, desde la perspectiva del trabajo médico, la posibilidad de permanencia de la autonomía como representación, al integrar el plano discursivo— por otro lado, esto significa la posibilidad efectiva de la aculturación: orientación activa de la vida práctica, colectivamente, según esas mismas representaciones.

En consecuencia, las mismas representaciones se reproducen de forma ampliada y permanente en el conjunto de todas las situaciones de la práctica. Es decir, establecidas como norma de conducta para la acción, las concepciones sobre el trabajo conforman el comportamiento efectivo de los sujetos en la acción social, y el presupuesto de la autonomía constituye también el proyecto de acción, o sea, figura en el esquema operativo del trabajo como realidad constitutiva del modelo tecnológico y asistencial. Por lo tanto, en el proceso concreto de trabajo conforma un determinado proceder que, a fin de ser eficaz, significa para su agente la búsqueda sistemática de realización de esa misma autonomía.

Es necesario recordar que, establecida como ideal común en el plano discursivo, la autonomía no puede prescindir de legitimarse en un ámbito práctico, realizarse. Esto demarca los espacios y define las formas de su convivencia, como ideal y presupuesto operativo, con realidades opuestas en las modalidades particulares de organización del trabajo, y con sus heterogeneidades de desempeños profesionales.

En la propia reproducción de estas nuevas condiciones de trabajo, en su diversidad, se producen variados grados de “desajustes”, situaciones en las cuales los médicos, como los agentes de ese trabajo parecen, en algunos casos más y en otros menos, no adaptarse a las condiciones concretas de producción en los servicios. Del mismo modo, en la reproducción de las concepciones sobre el trabajo médico, se producen, por medio de las representaciones de cada trabajador sobre su singular vivencia de ese proceso, discursos repletos de formulaciones ambivalentes, de extrañamiento respecto del cotidiano vivido, buscando recrear el concepto universal en sus sentidos concretos diversos.

Sin embargo, el intento sistemático de conciliar el ideal con las condiciones objetivas del trabajo, en un esfuerzo por preservar dimensiones de autonomía, aunque transformando el ejercicio profesional, fue para los médicos el valor común.

Capítulo 8

¡Un médico de cartilla!: la medicina tecnológica en la vida laboral

El doctor Antonio nació en 1957, en San Pablo, se graduó en 1981, y adoptó la gastrocirugía, como primera especialización, y luego la endoscopia. Considera que hace medicina por influencia de un tío que vivía en el interior y a quien admiraba mucho, sobre todo, por el vínculo que tenía con las personas y el prestigio que alcanzó: *“Tenía un tipo de trabajo muy interesante, trabajaba en una ciudad muy pequeña, entonces él tenía un contacto muy cercano con las personas. Él fue el único médico de la ciudad durante un período de tiempo muy largo. Era una persona muy presente en la ciudad porque él era médico, era consejero...”* Desde que se graduó, ejerció como gastrocirujano en hospitales públicos y privados y tuvo una extensa práctica clínica de consultorio particular, en el cual tuvo diversos convenios. A lo largo del tiempo, el consultorio se fue caracterizando como una clínica, con diversos gastrocirujanos bastante jerarquizados que trabajaban asociados: con médicos más viejos que fueron sus profesores y con residentes que son médicos recién recibidos y que, algún día, pasarán, como él, a no atender más a los pacientes por convenio. En la actualidad, gran parte de su tiempo está dedicado a realizar endoscopías gástricas, contratado por un importante laboratorio de exámenes clínicos y radiológicos.

El doctor Cesar nació en 1957, en el interior de San Pablo. Su padre fue dentista y su madre profesora. Es ginecoobstetra, y se graduó en 1982. Cree que eligió la profesión por lo que significa la medicina, como actuación austera, seria, ética y compleja. Pero también hubo un tío, influyente y muy admirado, que era médico psiquiatra. Ya en la facultad, su imaginario sobre la medicina comenzó a transformarse, tanto al percibir la gran competición que rodeaba a los alumnos, promovida por los propios profesores, como al constatar que... *¡la medicina no es, así, tan eficaz, como yo imaginaba!* A esta última constatación le atribuye haber elegido ginecoobstetricia y, para la época de la entrevista, en 1997, ejercía más como obstetra, porque considera que es un área en la cual, por la naturaleza de los problemas médicos, tenía mayor eficacia o, como señala: *“tal vez haya sido una de las áreas en las que tuve más logros en términos de conocimientos y de sofisticación, en el buen sentido”*.

La doctora Alice, nacida en 1958 en San Pablo, se recibió en 1983. Tempranamente, decidió estudiar medicina, vinculándola a la ciencia que estudiaba en la escuela primaria. Tuvo una gran influencia de su abuelo, médico, profesor en la escuela médica y ex secretario de Estado... una figura muy fuerte en la familia. Pero sostener la decisión no fue fácil y tuvo muchas dudas, sobre todo, frente a casos

graves. Tal vez por eso, optó por la pediatría, aunque esa decisión ya había sido tomada en tercer año de la carrera de medicina. Tuvo experiencia de práctica hospitalaria y también trabajó en la unidad de terapia intensiva de pediátrica. Cuando fue entrevistada, trabajaba en su consultorio, que compartía con otros colegas a quienes los invitó desde que se graduó. Allí tenían muchos clientes particulares y muchos por diversos convenios. Sobre el consultorio afirma:

...ino está en ningún libro! Lo que se ve en el consultorio, está solo en el consultorio, las preguntas que hacen las madres: "¿puede dormir con una funda roja?". Yo respondo: "nunca leí nada que diga que no puede, pero nunca vi dormir a un recién nacido así". O preguntan: "¿qué distancia tiene que tener el tendedero del piso, para poner los pañales y la ropas del nene a secar?" Las dudas de las madres... ino existen en ningún lugar!

El doctor Diego fue el segundo hijo de un matrimonio de inmigrantes. Nació en 1959, en San Pablo y se recibió en 1984. Es gastrocirujano. No hay ningún médico en su familia, pero decidió ser médico por influencia del padre de un amigo de la infancia. Lo veía como un profesional muy exitoso, con carrera universitaria y consultorio, y era considerado en su época, como el mejor cirujano vascular que tenía en San Pablo. El padre se había graduado en economía, pero terminó en un comercio y él siempre consideró muy sacrificada la vida del comerciante. Se interesó por la medicina, que incluso siendo una profesión difícil y con un vasto campo de actuación, le podría dar más satisfacción profesional. La gastrocirugía fue más una oportunidad que una elección, porque en la escuela de medicina rápidamente recibió una invitación para conformar un equipo quirúrgico y percibió que podría afirmarse en la profesión por esa vía: una consolidación profesional más fácilmente conquistada, o la *comodidad de estar con una carrera encaminada*. Eso le permitió acceso directo a la práctica hospitalaria y de consultorio, que era su actividad principal cuando fue entrevistado, en 1997, dado que había constituido en el consultorio una sociedad de gastrocirujanos, que recibía clientes, sobre todo, a través de convenios.

El doctor Bernardo, graduado en 1984, nació en San Pablo en 1960, en la Maternidad Pro Madre Paulista. Tenía un hermano menor, cuatro años más joven, que también era médico. El padre era un inmigrante italiano que hizo la facultad de medicina en Italia y se trasladó a Brasil, donde revalidó el diploma y se dedicó a la cardiología. Económicamente estaban bien, cuando los padres y otro hermano fallecieron en un accidente de automóvil. Y ese día decidió ser médico y cardiólogo. Pero dice: *"hoy, mirando hacia atrás, yo no haría matemática, no haría física... ni tal vez otra área de la medicina. Es el área que a mí me gusta... y punto final*. Cuando fue entrevistado, trabajaba en hospital público y privado, pero dedicaba una gran parte del tiempo al consultorio, en el cual no tenía en esa época clientes por convenio, solo pacientes particulares. Su filosofía de trabajo estaba asentada, por un lado, *"en ofrecer una profesión de nivel A... invirtiendo en un conocimiento médico siempre actualizado"*. Por otro lado, se asentaba en *"invertir para no perder pacientes, porque representan una fuente de ingresos... un negocio. El consultorio médico es un negocio"*, afirmó en aquella época.

La doctora Cristina es de Minas Gerais. Nació en 1960 y se graduó en 1984. Su primera actuación fue en ginecoobstetricia, y seguía ejerciéndola al momento de la entrevista, pero también, más recientemente, como médica auditora de convenios de salud. Decidió hacer medicina porque la madre ejercía en el área de salud, como auxiliar de enfermería: *“En aquella época —a comienzo de los años 1960— las mujeres no salían de casa para trabajar, y mi madre trabajaba tiempo completo. Yo resolví que también iba a trabajar fuera de casa”*. Vino a San Pablo a los 16 años y siempre trabajó para poder estudiar. Tuvo muchos empleos y enfrentó muchas situaciones distintas de trabajo hasta conseguir afirmarse. Abrió su consultorio antes de recibirse y atendía a pacientes a través de convenios. Ejercer como auditora médica fue una oportunidad de trabajo casual. Esa rama de trabajo era muy incipiente y aún ni siquiera existía una formación específica. Para su sorpresa hasta en ese tipo de trabajo enfrentó dificultades por ser mujer, lo que la marcó en todas las actuaciones dentro de la práctica profesional como médica.

El doctor Danilo, recibido en 1985, es neumonólogo. Nació en San Pablo en 1960. Hacer medicina fue una decisión que surgió en el colegio secundario, sin tener la menor idea de lo que era ser médico, porque la práctica médica no formaba parte de su universo cotidiano. Percibió que se trataba de un desafío porque era una profesión difícil y lo atrajo el lado científico de la medicina. Menciona que, al ser una profesión en la que se lidia con personas, no le atraía, aunque en la actualidad no se ve en otra área que no sea la clínica, la cual le gusta inmensamente. Primero pensó en hacer pediatría, pero después consideró que la relación con las madres era demasiado complicada y, por invitación de un profesor se especializó en neumonología. El hecho de que, en el país, hubiera pocos neumonólogos en aquella época, le pareció que, al haber adoptado esa especialidad y, dentro de ella, haber desarrollado un campo más específico aún de investigación e intervención, produjo un gran impacto en el área. Se siente muy orgulloso de eso: *“Yo tengo la sensación clara, de que la neumonología cambió bastante, mucho por nosotros. No sé si se puede decir que fuimos los agentes de eso, pero estábamos en ese cambio. Eso nos dio un crecimiento muy grande, no solo dentro del hospital, sino afuera: sos capaz de citar diez cardiólogos, probablemente, pero diez neumonólogos, no”*.

El doctor Armando nació en Rio Grande do Sul, en 1960, y a los nueve años llegó a San Pablo. Se graduó en 1984 y ejerce como pediatra. Su padre fue pastor luterano y no había ningún médico en su familia. Considera que optó en su juventud por el estatus de la profesión y porque influía en la vida de las personas. Su elección le gustó, pues la medicina fue un poco lo que esperaba de una profesión: cierta estabilidad económica. Se formó en pediatría, pero al momento de ser entrevistado actuaba principalmente como especialista en una unidad de terapia intensiva (UTI). Reconoce que allí hay una sobrecarga de trabajo, pero sabe la hora de entrada y la de salida; sabe que los pacientes están graves y lo que hay que hacer; y sabe cuánto va a ganar a fin de mes. Atendía también en el consultorio, pero le resultaba difícil obtener en esa práctica la misma seguridad que en la UTI o la misma estabilidad profesional, aunque a veces pensara en dedicarse más al consultorio. Respecto de la vida en el consultorio, mencionó: *“el consultorio es una cosa que, primero, hoy en día por lo menos, son poquísimos los colegas, al menos de mi generación, que tienen un buen consultorio, que valga*

la pena, que se pueda mantener con el consultorio. Generalmente, todo el mundo tiene otros empleos. Está a las corridas. Pero creo que el médico, no tiene forma de escapar de eso”.

Antonio, Cesar, Alice, Diego, Bernardo, Cristina, Danilo y Armando¹ son los ocho entrevistados, en cuyas narraciones relatan la medicina tecnológica ya consolidada. La vida profesional de todos ellos comenzaba en el período en el que finalizaba la de los médicos de la medicina liberal. Fueron entrevistados entre diez y quince años después de recibidos, y, por lo tanto, ya habían acumulado una importante práctica de consultorio en la ciudad de San Pablo. Al buscar la comparación con las historias de vida narradas por los entrevistados que representan el período de la medicina liberal y los años de su superación, las especialidades de estos nuevos entrevistados se mantuvieron lo más cercanas posible de las grandes áreas médicas observadas anteriormente.

Si en la medicina liberal, la única mujer entrevistada fue Emília, una ginecoobstetra, aquí hay dos mujeres, lo que denota el aumento de la presencia femenina en la profesión, y una de ellas, Cristina, también es ginecoobstetra. Sin embargo, cabe señalar que Cristina tiene una segunda especialidad, lo cual es una marca de la medicina tecnológica, tal como lo evidencian otros entrevistados. Además, su segunda especialidad es un importante símbolo de la orientación tecnológico-empresarial: es médica auditora. Distinto es el caso de Cesar, el segundo ginecoobstetra entrevistado en aquel momento de la medicina tecnológica, que aún ejerce solo esa especialidad, porque considera que los avances tecnológicos en su ámbito consiguieron ser bastante eficaces.

Alice, la otra mujer entrevistada, es pediatra, y junto con Armando, que es pediatra especializado en terapia intensiva, conforman el conjunto de los pediatras cuyas narraciones pueden contrastarse con las de los pediatras de la medicina liberal. En cuanto a los clínicos, que en la medicina liberal estaban representados por dos generalistas y un cardiólogo, en este momento, están representados por Danilo, el neumólogo, y Bruno, el cardiólogo. Finalmente, los cirujanos generales de la medicina liberal se corresponden aquí con los gastrocirujanos, representados por Diego y Antonio. Este último tiene otra especialidad que también simboliza a la medicina tecnológica: la endoscopia.

Para constituir el segundo grupo de entrevistados, por lo tanto, se eligieron ramas profesionales bastante similares a los anteriores. Y como se mencionó anteriormente, esa similitud no tuvo otra pretensión que mantener un correlato histórico que acentúe los contrastes. El análisis y la interpretación de las narraciones en su conjunto, que toman extractos o fragmentos de los relatos más significativos de los testimonios grabados, se presentan en el próximo capítulo. En este se exponen los testimonios en narraciones más libres, editadas con ese fin, como ya fue explicitado. Se eligieron tres historias de cada período, por lo que la doctora Cristina (médica ginecoobstetra) recibida en 1983, el doctor Antonio (gastrocirujano), recibido en 1981, y el doctor Bernardo (cardiólogo), recibido en 1984, son las del segundo período.

¹Los nombres de los entrevistados son ficticios. Evitamos además identificar situaciones de trabajo o institucionales en las que pudieran ser reconocidos, tal como en el estudio de la medicina liberal.

Que las historias narren la medicina tecnológica

Doctora Cristina

Ahora tengo 37 años, nací el 9 de febrero de 1960. Nací en Araguari, Minas Gerais; es una ciudad chiquita del Triángulo Mineiro. Yo resolví hacer medicina cuando tenía 6 años. Parece extraño. Pero es así. Resolví que iba hacer medicina porque, en aquella época, mi madre trabajaba en el área de salud. Ella no era enfermera, con título superior, sino de aquellas que llamamos enfermera, era auxiliar. En aquella época —comienzos de los años 1960— las mujeres no salían de casa para ir a trabajar, y mi madre trabajaba tiempo completo. Yo resolví que también iba a trabajar fuera de casa. Parece que hubiera una cosa en mi familia, que creen que solo los hombres son vencedores. Mi hermano ni siquiera hizo la universidad. Para que tengas una idea, él hizo tercer año del colegio, con mi padre que lo llevaba y lo iba a buscar todos los días porque, si no, él dijo que no iba. Lo expulsaron de la escuela, y tuvo que cambiarse de escuela. Un día, fue muy gracioso, mi madre me dijo —yo ya estaba recibida hacía cuatro años— que quería mucho que fuese al revés, o sea, que yo estuviera casada, desempleada, con tres hijos, y él sea médico y con una buena vida. Yo le dije: pero no es así, y lo siento mucho.

Cuando cumplí los 16 años, resolví que iba a hacer la facultad en San Pablo. Hasta ese momento, yo no tenía otra idea, además de seguir aquello que había decidido cuando tenía 6 años. Después, en la escuela, yo tenía mucha más facilidad en biología. Y yo soy muy... ahora, un poco menos, pero, en aquella época, era muy individualista, y es una profesión que da para que seas relativamente individualista, ¿no? Entonces, se adaptó, incluso, a mi manera de ser, a mi personalidad.

Llegué a San Pablo con 16 años. Yo quería entrar en la propia Universidad de San Pablo. Pero entré en otra, en el interior. Cuando me gradué, dije: bueno, la facultad ya la hice allá, pero la residencia, tengo que hacer aquí, en San Pablo. Entonces, hice el concurso y entré en la residencia del Inamps². Solo que, desde tercer año, tenía aquella voluntad de ser médica antes de tiempo, manías de estudiante universitario... En primer año, comencé a hacer prácticas voluntarias de plástica en el hospital. Mirá qué absurdo. En segundo año, hice prácticas en dermatología. En tercer año, entré en una maternidad pública, del Estado, también como estudiante. No porque quisiera ginecología y obstetricia —yo quería cirugía general—, pero tiene un peso muy grande. Y, hace 13 años —estoy recibida hace 13 años—, tenía un peso mucho mayor: médica-mujer-cirujana, tenía mucho más dificultad para seguir...

Mi familia es de clase media y, en aquella época, media baja. Yo no tenía condiciones de pagar, por ejemplo, la facultad. Conseguí un crédito educativo. Además, un lugar para vivir, libros, todo el gasto de medicina... la carrera completa, es súper difícil. Y era muy difícil para mis padres, yo quería evitarles el gasto. Entonces, comencé a ganar dinero antes, comencé a hacer guardias desde quinto año. Antes de llegar a San Pablo, en sexto año, ya tenía auto... lo compré yo sola.

²El Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), en 1974, separa en órganos específicos, por un lado, las jubilaciones y pensiones y, por otro, la asistencia médica, creando el Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Los médicos más jóvenes mencionan al INAMPS y ya no al INPS.

Entré a una maternidad del Estado, aún como estudiante, unos tres años antes de graduarme. Hice guardia en Praia Grande, en Santos, aquí, en San Pablo, en un hospital en el barrio Saúde. Ellos ponían gente, como estudiantes universitarios, en los hospitales, solo que trabajábamos como si fuéramos médicos. Entonces, en el segundo año de la residencia, me fui, porque empezaron a pagar mal. Porque empezamos a tener problemas también, con lo que ellos hacen con los pobres residentes o recién recibidos, de dejar un solo médico para atender. Yo renuncié exactamente una noche en la que tuve 12 procedimientos quirúrgicos, sola. Yo les dije: gente, voy a matar a alguien. No da para hacer tres raspajes, siete cesáreas, todas con indicación de muerte fetal inminente... dos partos normales. No es posible. Y, de las cesáreas, una era un meconio inmenso, y dos DPP³, es decir, no eran patologías simples. Llamé al jefe de guardia, llamé por teléfono al director del hospital, no vino nadie. No da. No da para un médico solo, atender la entrada, el piso y hacer 12 procedimientos, en un período de 24 horas. Va a hacer una tontería. En esa guardia, envejecí unos diez años, porque tuve, en una hora, que optar entre el meconio y un DPP. ¿Se puede optar?

De 1984 a 1986, durante la residencia, hice guardia en 250 lugares. Primero, fui a San Mateus, en uno de esos servicios de emergencia. Y, en todos, hice solo ginecología. Me quedé ahí unos cuatro meses, cuando recibí una paciente con una hemorragia uterina intensa, y no tenía sangre, no tenía ambulancia, pedí la renuncia al día siguiente. Después, hice guardia en un hospital en Santo Amaro, cerca del Largo Treze. Ahí conocí a una persona que tenía una de estas clínicas que comenzaron a aparecer en los alrededores de Itapeperica e hice guardia en esa clínica. En todos esos lugares, no lograba quedarme mucho tiempo, porque realmente yo no podía responsabilizarme por cosas que esas instituciones no proporcionaban. Por ejemplo, estar en un lugar que no tuviera anestesista de guardia... ginecología y obstetricia sin anestesista de guardia, yo no consigo. Entonces, yo sabía. Nunca pude trabajar sin un poco de respaldo. Respaldo para mi paciente, yo no voy a matar a nadie. Yo puedo hasta no hacer nada, pero matar... yo nunca fui cómplice de esas instituciones.

Hice unos meses de medicina laboral, en una fábrica. Allí, en Itapeperica, yo tuve que hacer un poco de pediatría, porque estaba como gineco, pero todo lo que apareciera..., hacía todo. Pero, ahí, un día, el bebé no nacía. Era muy grande, llamé al anestesista que, me garantizó, vivía a cinco kilómetros, vivía en Osasco. Ahí, hice un bloqueo, y lo removí con fórceps, pero el fórceps lo corrió, y me quedé más de cuatro horas haciendo una episiotomía, porque la cabeza era muy grande, no fue solo el fórceps que lo corrió. La maniobra para sacar el bebé más el fórceps no cabía. Entonces, se corrió, volvió por el cuello, y yo abrí el cuello, útero y todo el fondo del saco vaginal. Me quedé casi cinco horas haciendo esa episio. Mirá, fue todo bien después. Una belleza. Eso es la medicina. Eso es la obstetricia. Pero yo no me merezco eso. Podía haber hecho una cesárea.

Cuando terminé la residencia, se cerraron algunas puertas, por ser mujer. Es impresionante que suceda eso, aún hoy en día. Es decir, no conseguía guardia, y la guardia es algo que te da movilidad para el consultorio. Entonces, yo quería una guardia que sea lunes, martes, miércoles, domingo o sábado. Porque, generalmente, nosotros hacíamos guardia los sábados y domingos, después, hoy, por ejemplo, estaría haciendo guardia de lunes a martes... a medida que se fueran jubilando otros médicos...

³Sigla en portugués de “desprendimiento prematuro de placenta”.

Mis colegas médicos, hombres, a veces personas con menos cancha, con menos trayectoria, fueron a lugares en que el salario era mejor, y todas las mujeres —nosotras éramos la mitad— ninguna lo consiguió. Se sentía realmente mucho la violencia del mercado.

Intenté entrar dos veces a la Municipalidad, en 1988 y 1991. Dos concursos seguidos, pero me mandaron a Parelheiros, en el límite del municipio. Fui, pero sucedieron dos cosas que me motivaron a irme de allá. Primero, llegó una paciente con un sangrado intensísimo. Una señora que había tenido 26 partos, con 60 años, con una metrorragia terrible, y, esa vez, no tenía ni cómo encontrar su vena, para pasar un suero fisiológico. Ahí, al día siguiente, decidí intentar tomar una licencia, un traslado, no sé. Creo que, cuando tenemos un obstáculo, se debe intentar vencerlo de otra manera, no solo yéndose. Pero, al otro día, una criatura llegó muerta. Muerta. El padre llegó con la criatura muerta. Y una colega que estaba ahí, pediatra, dijo que estaba muerta. El padre se puso muy furioso, porque la pediatra dijo que estaba muerta. “Pero, entonces —dijo él—, ella murió aquí”. Agarró un palo, rompió el vidrio del auto de ella. Ahí, dije: “No da, no hay condiciones de seguridad para el paciente, y no hay seguridad para el profesional.”

En esa época, también, algunos amigos míos, me aseguraron —claro, todo el mundo asegura— que yo podía agarrar una guardia allá en Sapopemba, y que ellos garantizarían los recursos mínimos para que el obstetra trabaje. Yo dije: “Bueno, lo mínimo es tener sangre, tener anestésista y tener ambulancia. El resto, yo me arreglo”. Ahí, me pusieran a hacer guardia con un cirujano y un clínico. No tenía sangre y no tenía anestésista. Yo dije: “Pero no es posible. ¿Será que yo soy pesada, antipática, terrible?” Ahí, desistí de las guardias... en las afueras.

Yo ya estaba trabajando, en esa época, en el hospital de la Policía Militar. Me quedé ocho años allá. Y, por lo menos, durante siete años, fue un hospital excelente para trabajar. Pero, como todo ahora, lo tercerizaron a grupos, pues nadie más quiere tener empleados. Nosotros éramos empleados y muy bien remunerados. Tuve una suerte extraordinaria, no sé cómo conseguí entrar... realmente, ellos preferían hombres. Pero necesitaban de gineco, en el servicio ambulatorio. Yo estaba un poco indignada con la idea, pero decidí que no me costaba intentar. Entonces, mi jefe —después, terminó siendo mi jefe— me dijo: “No, pero tenés cara de buena”. Yo dije: “¿Me va a contratar por mi cara?”. Me enojé mucho. Ahí, él dijo: “Es porque, generalmente, preferimos hombres, pero vamos a intentar con vos”. Y me quedé ahí. Y renuncié cuando él se fue. Es un tipo súper bueno, muy ético, que me protegía, profesionalmente. Entonces, no conseguí guardias, pero era interesante, buen salario, pero no como en las guardias, que era mucho mejor.

Y ahí fue cuando paré de cambiar tanto de empleo. Porque allá tenía todo. Entonces, comencé a operar dos veces por semana y a hacer ambulatorio tres veces por semana. Era interesante, porque volví a tener mano quirúrgica. Nosotros operábamos solo gineco, no teníamos nada de obstetricia. Operaba colpoperineoplastia, histerectomía total o parcial... comencé siendo auxiliar, después, yo tenía mi equipo, es decir, yo hacía la cirugía y tenía algunas personas como auxiliares. Fueron ocho años, operando dos o tres veces por semana, lo que daba unas 15 cirugías por mes, y haciendo unas 100 consultas por mes.

Ellos no escatimaban esfuerzos para darte la tecnología que necesitaras. El único problema era que te hacían atender más de un paciente cada 15 minutos, daban turnos a unas 20 pacientes en tres horas. Hasta 1992, el hospital solo atendía a los militares y sus esposas, hijos y agregados. De allí, ellos comenzaron a tercerizar los servicios. En 1993, cuando yo ya

me estaba yendo, comenzaron a poner convenios, a causa de esa historia de que la medicina está cara. Es un hospital con 200 camas, con UTI neonatal, tiene un servicio de emergencias grande. Tiene toda una filosofía militar, o sea, no tiene una cortina en la ventana, ni alfombra, nada de hotelería, parece un cuartel. Tienen sábanas muy limpias, muy bien planchadas, pero no tiene ni un toque. Ellos decidieron financiarse desde afuera, porque lo que ellos recaudaban no alcanzaba para pagar los servicios contratados. El salario de los militares había decaído y lo que mantenía el hospital era un porcentaje. Con el declive, para ver si continuaban con el mismo empuje, comenzaron a poner convenios.

También continué en aquella maternidad del Estado en la que entré en 1980 como estudiante, porque tenía esa idea de intentar vincularme a un hospital-escuela, o venir a la USP, o a la escuela de medicina paulista de la UNIFESP⁴. La maternidad servía como una manera de no quedar fuera del hospital, si no, terminás sin incentivos. Porque el hospital es un centro de actualización y te exige de una manera diferente al consultorio. En el consultorio, a veces, no conseguís toda la tecnología, por falta de recursos del paciente, o porque el convenio no lo paga, entonces, terminás teniendo que hacer, para ganar dinero, algunas cosas que se hacía antiguamente, pero que no es lo correcto. En el hospital, no. En el hospital, tenés el lugar gratis, la persona va a hacerse el examen, y llegás a la conclusión si era o no, y, después, si no resulta, lo tratás como sintomático.

Terminé quedándome en el ambulatorio de ETS⁵. Ahí, percibí que me gusta mucho la infectología. No me gusta el sida, como a nadie le gusta, pero trabajo bien con sida, porque fue uno de los motivos por los cuales yo pensé en largar la profesión. Porque, cuando yo me recibí, fue cuando comenzaron los primeros casos de sida, en Brasil. Yo vi los primeros casos ahí, en el hospital en sexto año, cuando nadie sabía ni lo que era, si era un virus o qué era. Todos los infectólogos pasaron cinco, seis años muy deprimidos. Eso me sacudió mucho, al comienzo. Ahí, comencé a estudiar sida, como si fuera la única cosa. Tanto que, hasta hoy, es algo que me domina. Porque, si yo sé lo que estoy haciendo, no tengo miedo, si no tengo miedo, yo me meto. Entonces, nunca más tuve miedo, porque comencé a estudiar tanto y decidí que no iba a dejar, porque ya sabía cómo era: es necesario tener cuidado con líquidos y secreciones. Comencé a meterme con sida desde el comienzo. Hice varios trabajos en la maternidad, incluso, presenté trabajos en un congreso.

Creo que, para alguien que quería abandonar la medicina, hoy yo estoy del lado de acá, de quien está enfermo. No tengo ninguna restricción, tengo pacientes con VIH en el consultorio, pero me parece horrible tener que hacer un VIH, de vez en cuando. Siento temor, porque, como yo manipulo, puede ser que me haya contaminado. Hasta ahora, siempre dio negativo, entonces, creo que vale la pena.

En un comienzo, yo trabajaba ocho horas por día, todo los días, más una guardia por semana. Y hacía una guardia más afuera, también en ginecología. En esa época, hice muchas cirugías, pero, como yo pretendía tener consultorio, el ambulatorio eran algo que yo veía hasta con un poco más de futuro. Porque parece muy simple ser ginecóloga, ¿no? Todo el mundo cree que ser ginecóloga y obstetra es muy fácil, pero tiene una gran complejidad, porque son muchas

⁴USP: Universidad de San Pablo (institución pública del estado de San Pablo); UNIFESP: Universidad Federal de San Pablo (institución pública nacional, del gobierno federal, ubicada en el estado de San Pablo).

⁵Enfermedades de transmisión sexual.

especialidades dentro de ginecología y obstetricia. Por ejemplo, está la parte endócrina de la ginecología y la parte endócrina de la obstetricia, está la parte oncológica, la parte de esterilidad, la dermatología está muy vinculada, la parte de enfermedades infectocontagiosas tanto en ginecología como obstetricia. Es decir, todas las especialidades médicas, en ginecología y en obstetricia. Además, está lo social, porque atendemos a mujeres, ¿no?

Cuando terminé la residencia, concursé ahí mismo y, en 1987, comencé a hacer el ambulatorio de enfermedades de transmisión sexual y también era presidente de la comisión de infección hospitalaria. En la comisión, había un infecto, un enfermero y yo. Hicimos un trabajo que hasta yo presenté en un congreso de ginecología y obstetricia, en Brasilia. Hice un dosaje de HIV, una colecta de sangre, indiscriminadamente, sin consulta. Después de unos seis meses que comencé el trabajo, se definió que era antiético, pero teníamos un fundamento, no queríamos ni saber quiénes eran las personas, nosotros solo queríamos delimitar el riesgo para el obstetra, a la hora del parto, a causa de la sangre. Pero claro que estás a la par de la situación del paciente, necesitás orientarlo, y no decir: “Sos VIH”. Eso es muy complicado, pero, para mí, pasó a no serlo, a causa de ese trabajo. Fue en 1991, 1992, que hice esa coleta indiscriminada. Dio un porcentaje altísimo. En el servicio de emergencias, llegó al 4%. Es un horror, ¿no? Dio muy alto, lo que muestra que corremos muchos riesgos. Me quedé en infección hospitalaria tres años. Nosotros teníamos un ala de aislamiento; después, con la evolución de los conceptos, aislamos cada sala. Pero, convencer a las personas es muy complicado, lidiás con tanta gente. Para sacar el merthiolate, sacar el mercurio, fue una historia. Creo que las personas se sienten desplazadas por la tecnología o se sienten desplazadas por una pequeñez.

No sé si es por esa vieja historia: “si siempre resultó bien así, ¿por qué voy a cambiar?”. Porque hay cosas que son aún mejores. “Pero prefiero lo mío”. Es decir, ellos tienen una resistencia a una actualización de la función tecnológica, no quieren desplazar su ciencia. El ambulatorio de ETS era una actividad que nadie quería hacer. Tanto que me quedé sola haciéndolo, durante nueve años, todo el ambulatorio de ETS de un hospital tan grande como la maternidad. Yo atendía más o menos 16 pacientes por día. Fue muy bueno, me dio una experiencia gigantesca. Pero ganaba poco... trabajaba mucho y los pacientes a veces escaseaban. Ahí, decidí ir cinco horas, dos días por semana.

Hacia consultorio tres veces por semana, una vez maternidad, y me sobraba mucho tiempo. Entonces, a comienzos de 1990, fui a ver esa cuestión de la auditoría médica, pero no me aceptaron. Pero como ellos no encontraron a nadie, me llamaron, porque pensaron que yo tenía una experiencia en auditoría. Yo no tenía nada. Me enseñaron cómo hacer, y yo tengo un perfil excelente para auditoría, porque soy muy metódica, muy correcta, muy cuadrada. Creo que mi perfil para auditoría es el mejor de todos. Y me aferré a eso. En realidad, cambié de empresa, me terminé yendo de allá, por el sueldo. Y, en esta empresa, necesitaban de alguien para las acreditaciones, pero soy mucho mejor auditora que acreditadora. Después, la empresa creció, y yo necesité —para comprar este inmueble— aumentar mis ingresos, así, me fui de la maternidad, y me quedé en la parte de acreditaciones ocho horas por día, atendiendo en mi consultorio, y listo. Además, yo estaba medio desgastada, hace 13 años que trabajo entre nueve y trece horas por día, en tres, cuatro lugares, entonces, con la edad...

Me adapté muy bien al perfil de la auditoría, porque el auditor, en realidad, es un médico pesado, pero que si sabe relacionarse con las personas, puede ser de gran ayuda para el médico del convenio. Porque llegás y le preguntás: “¿Está todo bien?”. Él responde: “Está, todo perfecto”.

Si preguntás “qué día le va a dar el alta”, ya se pone antipático... Porque, para la empresa, la pregunta es: “¿Qué día le vas a dar de alta a ese paciente de porquería?” Por eso, siempre tuve cuidado con la forma de preguntar. Yo siempre digo: “Soy auditora, quisiera saber cuál es la previsión de permanencia del paciente”. Es decir, qué día vas a darle el alta, choca. Además, digo: “Si necesitás algo, estoy a disposición”. Dejaba el teléfono de la empresa, porque, a veces, el paciente para que le den el alta necesita un examen. Por ejemplo, en una cirugía cardíaca, necesita un Holter, y el turno de ese examen demora. O, por ejemplo, se internó un traumatismo craneoencefálico, y solo hay una tomografía o una resonancia dentro de cinco días en ese hospital y en las inmediaciones. Yo pregunto: “¿Y si te consigo una resonancia para hoy? ¿Tenés idea si él puede tener el alta mañana?”

Porque, en realidad, el auditor está jugando con una triangulación de intereses, es decir, no siempre el seguro y el hospital tienen el mismo interés. En ese ejemplo, el hospital quisiera retrasar el examen, pero el médico, no, y el seguro, tampoco. Así, el seguro puede ayudar al médico. El éxito del médico es dar el alta, ¿no? Él hace una cirugía o atendió un traumatismo, pero no pretende estar yendo allá al hospital. Su negocio es el consultorio, y lo otro es una complicación. Él quiere dar el alta. Pero, si el paciente está con traumatismo craneoencefálico, y solo tiene el examen dentro de tres días, él da corticoide, deja a la enfermera mirando la cara del sujeto, le deja un anticonvulsivo y tiene que pasar durante todo el día, ¿para hacer qué? Si el paciente tiene condiciones de locomoción y yo consigo una ambulancia, y una tomografía para el mismo día, en otro hospital, el médico queda contentísimo, porque él ya le puede dar el alta.

Creo que la mayoría de los auditores no hacen eso. Ellos no tienen sensibilidad para entender, incluso, a otro especialista, entonces, tienden a denigrar al profesional. Si él no es de la especialidad, ¿cómo va a hablar mal de un neurólogo? Vos tenés que ser neurólogo para hablar mal de él. No podés hablar mal del hematólogo, si no tenés experiencia en leucemia, que puede avanzar o que puede ser crónica y benigna. Como auditor, tenés una imagen de lo que es necesario o no, según lo que se suele hacer, porque no hay una regla, en medicina, para todo. Por ejemplo, aprendí todo acerca de cirugía cardíaca. Cuando digo “todo” es así, sin ser especialista en el área. Yo me acerco al médico y le pregunto se lo puedo ayudar en algo. Él siente placer y orgullo al explicar, pero necesitás ser humilde al acercarte a él. Yo le digo: “Doctor, no entiendo nada de su práctica. Soy obstetra, soy auditora y solo quisiera ayudar, pero el convenio quiere que mande a ese paciente afuera. Yo no estoy de acuerdo, así que dígame algo que yo pueda escribir aquí, para justificar la permanencia del paciente”. Él responde: “Solo falta hacerle el Holter, pero no tiene turno, doctora”. Entonces, yo consigo el Holter para el mismo día, y él le da el alta. Listo. No te enfrentás, sino que lo ayudás.

Cuando yo consideraba que el convenio estaba siendo muy tacaño, yo le decía al médico que me ayude a convencerlos, porque, al no ser de la especialidad, no tenía condiciones técnicas de escribir el motivo para prolongar la internación. Nunca el convenio me contradijo, porque saqué mucha más gente de internaciones innecesarias. Mantuve algunos mucho más tiempo, pero sabía por qué los estaba manteniendo. Y yo creo que es una condición de cualquier profesional, cuando estás seguro de lo que hacés, nadie te saca de lo que estás haciendo.

Las personas tienen una imagen muy negativa del auditor, creen que es una persona que no logró nada en la vida, que es una porquería, que no entiende nada de medicina. Yo no creo en eso, creo que yo sé mucho más que mucha gente. Claro que yo no sé a fondo. Cuando la actividad de auditor apareció, hace unos siete años, no había material para estudiar ese tipo

de cosas, pero hace unos tres años, la APM⁶ hizo cursos de educación continua y creó un departamento de auditoría. Eso fue llevado al CRM⁷, que creó normas de conducta para el auditor. Por ejemplo, jamás debe interponerse entre el médico y su paciente. Yo no puedo acercarme al paciente y decir: “Su médico está haciendo las cosas mal”. Ni siquiera aunque así sea. Pero eso, es de sentido común.

La auditoría médica, actualmente, es una especialidad, porque existen muchos matices, que no se aprenden solo por ser médico. La figura del auditor existe en todos los tipos de convenios, aseguradoras, incluso los de autogestión, porque necesitas ver —o incluso controlar— qué está haciendo su médico. En realidad, no es algo en contra del médico, a pesar de lo que parece, sino contra el hospital. Yo ya fui auditora de varias empresas.

Los hospitales también se movilizaron, y hoy tienen auditor interno del hospital, que audita lo que los médicos están haciendo ahí adentro. Así, cuando el convenio no encuentra nada escrito, acciona al auditor interno, y él es el que habla con el equipo. Eso comenzó hace unos cinco años, porque el dinero, hoy, está en la medicina prepaga y en las aseguradoras. Todos los hospitales entraron en quiebra. Todos. Y el auditor viene a impedir abusos del hospital y garantizar la rentabilidad de los convenios. El fin de los planes de medicina prepaga y las aseguradoras es garantizar la salud, no la atención social. Ahora, con la normatización de la APM y del CRM, surge otra ética, un código bien definido. Todo está escrito en un capítulo sobre auditoría, en el nuevo código de ética. Porque empezaron a haber muchos problemas, principalmente en UTI. Entrás en la UTI, tenés cinco bombas de infusión prendidas, y solo una funcionando, pero ellos le cobran cinco al convenio. Para ver eso, tenés que entrar y, para entrar, tenés que tener acceso, para tener acceso, tenés que ser un médico, al menos en San Pablo.

En el interior, los que hacen auditoría son asistentes sociales, auxiliares de enfermería, porque allá no tienen tanto ese problema de gastos excesivos, porque no tienen tecnología. Por ejemplo, ningún hospital tiene cinco bombas de infusión, y mucho menos para colocar en un solo paciente. No existen diez monitores en un hospital del interior. Entonces, como allá no hay gastos, desde mi punto de vista, ellos ponen a una persona solo para hacer presencia, para que no roben mucho. Pero está la revisión, que es la otra cara de la moneda. Si hacen una revisión de lo que van a mandar, no va a haber ajuste, e incluso, permite que el hospital pueda robar, y no hay manera de que ellos lo noten, a no ser que manden a un médico a ver los registros, o sea, las rendiciones antes de que las manden. Todos los hospitales hacen eso, no solo con el INAMPS, sino con todos los convenios...

Los médicos no entran en ese esquema y tampoco encarecen la cuenta, porque representan menos del 10% de los gastos.

El trabajo de auditoría amplió mi visión sobre la medicina. El auditor es un generalista. También hay cuestiones éticas difíciles, por ejemplo, con relación a los pacientes terminales conectados a aparatos, pero, para esos casos, solo contás con el sentido común. Ahora, ningún convenio o aseguradora está desesperado por infringir la ética. Si es necesario perder dinero, lo pierde. Nadie, médico o lego, que tenga un cargo directivo en estas empresas, ante la duda, no va a decir: “Saque al paciente de ahí”. Porque los jueces brasileños siempre deciden en contra

⁶Sigla de la Asociación Paulista de Medicina.

⁷Sigla de Consejo Regional de Medicina, órgano que fiscaliza la ética profesional y otorga la matrícula para ejercer la profesión en San Pablo. Cada región del país tiene su CRM.

de las aseguradoras. Hay cierta compasión por los asegurados, beneficiarios, porque, en la justicia, nosotros perdemos siempre. Entonces, ahí, el sentido común, como médico, prevalece, es respetado. Como tengo facilidad para lidiar con esa cuestión de la ética, del sentido común, tengo una cierta soltura para conversar, me sacaron de la auditoría para hacer acreditaciones, que es otra cosa. Por ejemplo, nosotros necesitamos un endocrinólogo infantil, entonces, yo voy a buscar... También hay médicos que piden, mandan su currículum, pero soy elitista, solo acredito a quien tiene un título o una residencia médica en esa especialidad. Y, así y todo, tengo problemas... A veces, aparecen pedidos políticos, pero eso no es acreditación... lo pide el presidente de una empresa que incorporó a 20.000 asociados. Entonces, el director de la empresa tiene que firmar abajo de la recomendación de tal presidente, y lo hace, pero el día en que llegue el primer reclamo de él, que fue antiético, que cortó en el lugar equivocado, le arrancó un ojo a la persona... yo avisé que no debían acreditarlo.

La empresa en la que yo trabajo tiene 600.000 asociados, es decir, 600.000 personas acreditadas. Es potente... la segunda mayor de Brasil. Trabajo específicamente en la aseguradora de la empresa. Es un plan de medicina prepaga que creó la aseguradora para atender a lo más top de la población. La base de la población se atiende en el plan médico. La aseguradora es algo un poco más diferencial. Yo selecciono médicos en distintas especialidades, para crear esas cartillas informativas, y acredito tecnología de punta, para ofrecer a un precio más bajo a esa población de asegurados. Eso también es una ventaja para mí, pues todos los congresos, cursos, todo lo que me permita perfeccionarme, para conocer qué llevar como producto a la aseguradora, lo hago, lo compro. Todo bien, es mucho mejor estar en un hospital escuela, pero algunas cosas me abrieron bastante la visión, en áreas diferentes de la ginecología.

Me contrataron hace dos años, para proporcionar una red adecuada para que la aseguradora creciera. Tengo una red de 1.500 médicos y entidades, en algunas ciudades...

Estoy queriendo hacer un curso, probablemente en las próximas vacaciones, de médico analista de seguros, para quien quiere un seguro de vida. Ganan una fortuna, porque son pocos. Hacés un curso de cómo analizar si esa población es de riesgo. Eso es epidemiología. En realidad, es saber usar la epidemiología para evaluar, para poder decir, por ejemplo, que tal persona no debe ser asegurada, porque tiene 47 años, tiene tres casos de cáncer en la familia, o sea, si se asegurara a esa persona, debería incluir el riesgo de cáncer. Y ¿cuánto se encarece?, ¿cuál es el porcentaje de chances que tiene la persona de tener cáncer de recto? Yo doy el porcentaje, ellos hacen el cálculo de que, cuando tenga cáncer de recto, van a gastar tanto, entonces, su seguro, en vez de ser de tanto, tiene un factor de riesgo. Hay poco de eso en el mercado, un médico para analizar, que haga una anamnesis de antecedentes, y le pase todo eso a un analista de riesgo. Pocos médicos hacen eso...

Yo no puedo estar acreditada por mi aseguradora, porque sería favorecer a estos asegurados. No puedo atender pacientes de la aseguradora, pero puedo tener mi consultorio, y el hecho de conocer toda esa parte interna de los seguros ayuda mucho a mis pacientes. El informe, para mí, es una cosa mucho más fácil, mucho más convincente. Lo que yo pueda hacer por mi paciente, de mi consultorio, yo lo voy a hacer. Sin infringir la ética, mi moral y la moral del paciente, yo puedo explicarle muy bien a él: esto no está cubierto, pero, si hacés esto así, lo deberían cubrir.

O, por ejemplo, decirle que él tiene determinados derechos y que, se va al Procon⁸, siempre va a ganar. En eso yo no estoy siendo inmoral con la aseguradora, porque es verdad.

El otro día, una paciente mía, por convenio, llegó con un tumor enorme en la barriga. Creí que no era maligno, porque, si lo fuera, por el tamaño, ella ya habría muerto. Yo no quería operar a esa mujer —“ni muerta”—, porque ella pesa 120 kilos. Pero como ella tiene 50 y pocos años, tenía más chances de ser maligno que benigno. La mandé para cirugía, pero no había turnos hasta dentro de tres meses. Yo le dije que no había tiempo para esperar, porque, se fuera cáncer, crecería, ella haría un abdomen agudo y habría que operar de urgencia. Pero en una urgencia, con ese tipo de cirugía, con 120 kilos, el médico iba a sufrir absurdamente. Además, si la paciente dejara pasar tres meses, pierde la condición de criterio de cura, ¿no? No hay cómo esperar. Listo. Le dije todo lo que ella tenía que decirle al juez. Le di un informe para que ella se lo lleve a un médico que yo le recomendé, un cirujano excelente... De allí, ella fue al Procon y dijo todo lo que yo le dije, sin decir quién fue el médico que se lo dijo. Ella entró con una medida cautelar contra el convenio, el juez falló a favor de ella en 15 días, ella fue y se operó. Y era un tumor de ovario benigno, incipiente, pero con sede en el endometrio, yo lo rastree y con el ultrasonido no apareció, porque ella es muy gorda. Y se curó, sigue estando gorda, inmensa, y es mi paciente hasta hoy. Y yo voy a optar siempre por el paciente, por el individuo, porque todas esas aseguradoras tienen una rentabilidad de un millón, un millón y medio por año, pagando todo, tienen ganancia. Es decir, si yo ayudo a aquel individuo, creo que Dios no va a considerarme inmoral. La mayor parte de los convenios no sabe que yo tengo ese otro lado, creen que soy una ginecóloga cualquiera, pero yo hago más difícil la vida de ellos, un poquito...

El consultorio es un lugar donde creés que vas a ganar mucho dinero, vas a ser dueña de tu vida, vas a tener tu propio negocio. Las personas que nos daban clases nos decían que el consultorio recién comenzaba a dar dinero después de cinco años. Era un consultorio bien pequeño, en Ministro Rocha Azevedo. Lo armé a duras penas, y es el mismo que tengo hasta hoy, solo aumenté el número de espéculos. Cuando yo armé el consultorio, vi que no iba a poder, y encontré una amiga que también lo estaba armando. Para facilitar la división el día que nos separáramos —que es lo más común— ella compró el instrumental y yo compré los muebles. Ella al poco tiempo se fue, y nunca más tuve un socio en el consultorio.

Yo tenía muchos pacientes particulares, no sé por qué, si es suerte o porque yo les explico las cosas muy pedagógicamente a las personas. Yo creo que es necesario, primero, porque la persona tiene que sentir que sabés de lo que le estás hablando y también necesita saber qué va a suceder, para ayudar en las decisiones respecto del tratamiento. Si no, ella le escapa al tratamiento, por ignorancia. Yo creo que hay que decirle todo al paciente, pero hay algunas cosas que, por experiencia propia, llegué a la conclusión de que no se debe decir a las personas de cultura latina. Creo que el cáncer y otras noticias desagradables tienen que darse en dosis homeopáticas. Incluso siendo contra mi manera de ser, porque, si yo tuviera cáncer, quiero saberlo ya, lo más rápido posible, para hacer lo que sea necesario. Yo no quiero saber si el gato subió al tejado, quiero saber si ya murió. Pero creo que eso a veces es perjudicial, porque hasta gente de mi familia que tuvo cáncer no quería saber. Porque repercute mal, desde el punto de vista terapéutico, porque ellos no quieren ir a ningún médico más, y, ahí, el cáncer los mata.

⁸Instituto de Protección del consumidor en Brasil

Todo buen médico, para mí, debe ser una persona que descifre lo que el paciente quiere. Entonces, el buen médico, para mí, es aquel que no inventa, no empieza a decir todo. A veces, por nuestra propia ansiedad, atropellamos a nuestros pacientes, hablamos de cosas por las que sentimos ansiedad y pasamos esa ansiedad a ellos. Y los médicos son seres humanos que ayudan, tienen técnica y estudian para eso. Es muy difícil ser un buen médico, es más fácil ser un buen técnico. Ahora, el buen médico, que también es un buen técnico, con el tiempo va mejorando.

El clínico aún es el gran médico. Porque el cirujano es muy agresivo, tiene una personalidad más agresiva, entonces, acaba siendo más Dios que el clínico. El clínico tiene que apelar a lo emocional, por encima de la técnica, tiene que ser humano, para conseguir que el paciente salga del cascarón, que es duro, y él lo sabe, porque él también lo tiene. Es decir, incluso el hecho de cumplir el juramento, creo que nos acordamos cuando juramos; después no nos acordamos más. Creo también que la tecnología nos cuestiona de tal forma que tal vez haya hecho que esas personas se reposicionen tanto como médicos como personas humanas que atienden a alguien, ¿no? Antes, la tecnología era una cosa que estaba robando la profesión, es decir, yo era muy buena, todo el mundo confiaba en lo que yo decía, y ahora ellos quieren que yo use ultrasonido, que yo use el TCR, y no confían más en mi palabra. Pero ellos estaban más endiosados, tenían el sexto sentido, que llegaba mucho más rápido. Nosotros usamos muy poco ese sexto sentido, principalmente los cirujanos. Nosotros decimos: "Voy a cortar y se va a salvar", o "voy a extirparlo y va a estar todo bien". El clínico, como no extirpa nada, no corta nada, tiene que usar más esa cosa sensitiva y, entonces, no quiere usar la tecnología, por varios motivos. Pareciera que él tiene más éxito como un gran médico, con eso que yo llamo ser médico, ¿no?

Creo que la tecnología nos está haciendo repensar, porque el mayor cuidado realmente es tener la parte afectiva controlada, con el paciente, para intentar ver lo que él quiere. Esa sensibilidad no depende de aparataje, no depende de ser bueno o malo en la vida, no depende de tener dinero o no. Depende de estar ahí, presente, apto para captar realmente el mensaje de esa persona. Porque la tecnología crece, crece, pero no está mejorando algunas condiciones que nosotros esperábamos que hubiesen mejorado. Por ejemplo, la cura del cáncer, con toda la tecnología, cura del sida, con toda y tanta tecnología. La parálisis infantil terminó, se erradicó, ¿pero por qué no sucede con el cáncer? ¿Por qué no sucede eso con la sífilis, que está recrudeciendo?

Considero que el médico no consigue usar la tecnología a su favor, él no tiene cómo evitarlo. Tenés que estar lúcido siempre. No solo la lucidez intraoperatoria, es la lucidez en la práctica de consultorio; saber que, estadísticamente, algunas cosas van a ocurrirte y punto. Parte de los médicos atribuyen la impotencia a una falla técnica, es decir, es la tomografía que no le dio condiciones, la paciente es idiota y no llegó en el momento adecuado, pero, en ese 50% de los profesionales, vamos decir así, el dolor es inconsciente. Pero creo que el dolor existe, existe en todos, solo que muchos se endurecen, para no sufrir más, pero el dolor está presente.

El intercambio con el paciente me deja menos ansiosa, lo deja a él menos ansioso con relación a mí, y yo, más feliz con el éxito profesional. La práctica médica, de consultorio, es linda, dinámica, estimula el crecimiento tanto del ser humano que estás atendiendo como del ser humano que es el médico. Considero que eso es importante, pero tiene que tener una visión abierta, humilde, una rectitud no de carácter, sino una rectitud moral. No es la ética médica, porque la mayor parte de los médicos, desde mi punto de vista, son clasistas, egoístas —sin querer ofender a nadie—, y no tienen ni el mínimo escrúpulo, son personas que tuvieron mucha cuna, pero eso no cuenta a la hora de la práctica médica. No creo que se aprenda eso en

la facultad, al contrario, solo aprendemos a ser soberbios, prepotentes, autosuficientes, individualistas, egoístas. No aprendemos a ser buenos, calmos, pacientes. En el consultorio, yo creo que es eso, se trata mucho más de abrir el pecho que de ser solo médico ¿no?

Doctor Antônio

Nací en San Pablo, siempre viví en San Pablo... Yo tengo 39 años, me gradué en 1981, hace 15 años que me recibí. Mi familia no era rica, era de clase media-media. Mi padre era comerciante. Mi madre, antes de casarse, tenía una actividad importante, trabajaba, pero después que se casó —como era tradicional en las familias de esa época— ella dejó de trabajar y nunca más trabajó. Vivíamos en Ipiranga, y me quedé ahí toda mi vida.

Mis padres nunca interfirieron en nada en mi profesión. Mi hermano más grande hace ingeniería y el más joven hace psicología, yo soy el del medio. Yo sentí que a ellos les gustó la opción que yo hice, ellos tenían como referencia a un tío mío, que también era médico... Mi vocación por la medicina vino, en realidad, de ese tío, que vivía en el interior... Era un tío que a mí me gustaba mucho, él era una persona muy especial y estudió... creo que en Belo Horizonte o en la Universidad Federal de Bahía... Tenía un tipo de trabajo muy interesante, trabajaba en una ciudad muy pequeña, entonces, tenía un contacto muy cercano con las personas... fue el único médico de la ciudad durante un período de tiempo muy grande. Era una persona muy presente, porque él era médico, era consejero; él nunca llegó a ser político, pero él tenía una influencia muy grande, incluso en política. Yo pasaba mis vacaciones en la casa de este tío y, para mí, él era lo máximo.

Yo hice cirugía. En mi caso, las opciones que yo tenía eran muy variadas. Normalmente la gente opta por dos opciones cercanas ¿no? Pero yo no, para mí era psiquiatría o cirugía... no eran muy parecidas. Y, hasta fines de 5° año, aún tenía esa duda sobre qué hacer. Me gustaba mucho la psiquiatría, pero me pareció que la teoría de la psiquiatría era muy bonita, pero la práctica, no tanto. Porque yo imaginaba, primero, tener algo que me satisfaga, desde el punto de vista personal, en un sentido amplio, no solo financiero. Y que sea algo útil, alguna cosa que yo sintiera que podía participar de forma activa. Consideraba que tenía más facilidad para la cirugía, me sentía un poco incompetente para ser psiquiatra, porque creía que los psiquiatras tenían que tener una cultura mayor que la que yo tenía, una formación mejor de la que yo tenía, que tenía una cara más humanística que el cirujano. Y en la cirugía, no, era un procedimiento que yo podría a corto plazo estar adiestrado para hacerlo bien.

En aquel momento, tenía la cuestión del mercado de trabajo, también el mercado de trabajo para cirugía era emergente ¿no? Tanto que la competencia principal, en la época de la facultad, para residencia, era el área de cirugía, muchas personas quedaban afuera. Y actualmente, no. Sobran vacantes en cirugía, porque no hay gente para cubrir las, y otras carreras que, en la época —por ejemplo, psiquiatría—, siempre faltaban candidatos para cubrir las vacantes... radiología... Hoy, no. Hoy se invirtió. Hay mucha gente en psiquiatría, en radiología, que, en aquella época, no había. Entonces, todo eso pesó para que yo eligiera cirugía. En mi caso, yo estoy vinculado a la cirugía del aparato digestivo y, dentro del aparato digestivo, a la cirugía del esófago. Entonces, mi actividad es un subitem de la cirugía digestiva. Si yo trabajara fuera de una estructura hospitalaria, yo tendría que ser cirujano general ¿no?

Mi día de trabajo se divide en dos mitades. Una mitad es en una institución, hasta las 13:00 hs. Después, yo tengo la clínica. En la clínica, atiendo desde las 17:30 hs hasta... 19:30, 20:00 hs, depende del día. Así, mi jornada de trabajo va de las 8:00 hs hasta las 20:00 hs, en general. Para las cirugías, yo reservo uno o dos días por semana. En general, los viernes a la tarde, que es el día fijo de operación, y, cuando el viernes ya está completo, uso el sábado a la mañana... Y, cuando se llena, otro día de la semana, a la tarde también. Y tengo un hueco, salgo de allá a las 13:00 hs y llego a la clínica a las 16:00, 16:30 hs. En ese hueco, veo a los enfermos en el hospital, hago cosas personales... No suelo atender a domicilio, porque no me gusta, y es difícil, hay que salir de la rutina... e ir lejos. No me gusta. A veces es necesario, pero no es usual, no, felizmente. Y también, cuando está en un punto en que la persona no consigue trasladarse por sus medios hasta el consultorio, en general, es gente que está para el hospital. Porque esas visitas domiciliarias, la mayor parte de ellas terminan en el hospital.

En un comienzo, mi rutina era más difícil, por la cuestión de los convenios, que yo atendía personalmente, tenía más preocupaciones. Pero, por otro lado, no tenía toda la preocupación administrativa que tengo hoy. Como no era socio de la clínica, no tenía nada que ver con la parte administrativa. Ahora, como cambió el vínculo, como soy socio, tengo otras preocupaciones, además de atender. También la cantidad de cirugías cayó radicalmente, cuando dejé de atender convenios. Pero, si hubiera seguido atendiendo convenios, creo que tendría un gran movimiento quirúrgico. Cuando mi practicante, que atiende por convenio, opera, yo entro con él —tenemos ese vínculo—, él opera y yo lo ayudo, y lo mismo si yo opero y él me ayuda. Y es bueno, porque tenés a alguien que ya sabe los horarios, ya sabe dónde encontrarte, divide los gastos de la visita, da para dividir un poco mejor el servicio... los fines de semana, no necesitamos estar los dos aquí: uno se queda, y el otro puede salir. Y, por lo menos los casos quirúrgicos, los discutimos todos, antes de recomendar la operación. Los casos clínicos dependen de él, es decir, los casos que él cree que necesita discutir me dice que quiere discutirlos, y los discutimos. Los casos que no, él decide la conducta y listo.

De los siete socios de la clínica, cinco tienen practicantes que atienden los convenios. Los dos que no tienen son más jóvenes que yo, pero no tienen mucha diferencia de edad. Esas personas que trabajan con nosotros no tienen ninguna vinculación con la clínica, se vincula con nosotros. Cada uno tiene un vínculo personal con esa persona, o sea, tiene un contrato particular con esa persona. Entonces, sos útil para esa persona en una determinada etapa de la vida de ella, y esa persona es útil para vos en una determinada etapa de su vida. Es una simbiosis de los profesionales en una determinada etapa. Está claro que, después de un tiempo, la persona se autonomiza. Sucedió con casi todos nosotros. Trabajamos así, en un contrato personal con alguien, dividiendo funciones o ayudando en algo y, después de una cierta forma, algunos fueron incorporados y otros se fueron, se fueron a armar otras estructuras por ahí. Se hacen subgrupos o se divide el espacio físico: es un negocio dinámico. Cuando yo entré, éramos tres socios, en realidad. Después, entraron cuatro, y se produjo una reestructuración. De aquí a un tiempo, probablemente, alguien se desvincule o arme otro servicio. Eso es frecuente.

Creo que yo agarré el final de una época muy buena del mercado para la actividad quirúrgica... Desde ese momento hasta ahora, disminuyó significativamente. Lo que sucede es que las personas tienen que hacer guardia. En general, no guardia en un solo lugar, sino guardia en más de un lugar... dos... tres lugares... dividirse en varios empleos, para conseguir tener un ingreso mínimo. Actualmente, las personas que se reciben y quieren montar un consultorio van

a buscar una empresa para acreditarse, y los convenios no te acreditan. Independientemente de la capacitación de esa persona, que puede estar muy bien calificada. A veces, ellos hacen una elección más geográfica que por calificación. Si la persona quiere poner un consultorio en la región central —puede ser que haya un montón—, entonces ellos no lo acreditan. Si la persona quiere poner el consultorio en la periferia, ellos lo acreditan más fácilmente. Entonces, eso se prioriza más que la calificación personal. Incluso, en aquel momento, nosotros elegíamos con quien acreditarnos. Ahora, es al contrario, son las empresas que eligen. Entonces... eso en poco tiempo... los convenios que no eran interesantes... por algún motivo, no queríamos acreditarnos con ellos, no lo hacías, y listo. Ahora, no. Ahora las personas que están entrando al mercado de trabajo con la perspectiva de atender por convenio tienen que atender a los que quieren hacer convenios con ellas. Entonces, no da para ser muy selectivo. Y eso lo usan las propias empresas como presión, hasta para los pagos. La remuneración fue disminuyendo también, en función del tiempo, específicamente con algunos procedimientos que requerían personas más capacitadas.

Al comienzo, yo atendía bastante por convenio, atendía 15 pacientes por día, pero después de unos 12, 13 años haciendo ese tipo de actividad, vi que era un trabajo muy desgastante y que, en términos de experiencia, yo consideraba que ya había adquirido una experiencia adecuada, y que era solo un desgaste mantener un trabajo de aquellos para tener una remuneración que no se condecía con el nivel del trabajo que yo tenía. Entonces, a partir de un determinado momento, dejé de atender convenios y pasé a atender solo pacientes privados.

Yo tengo pocos clientes privados, y es por referencia. Uno termina especializándose en un determinado sector, al que poca gente se dedica, entonces, en aquel sector específico, las personas que tienen necesidad de eso, las derivan. Pero es difícil, porque la cirugía es una especialidad un poco ingrata, requiere de una estructura muy cara. O sea, el paciente paga una consulta, pero pagar toda la estructura que hay por detrás de la consulta, no puede. Por ejemplo, yo pasé por el hospital y fui a ver a un paciente que está internado ahí. Él está internado hace 10 días y me dijo que no puede pagar más la cuenta del hospital, que es de 40.000 reales. Si hiciéramos la cuenta de los 10 días, 40.000 reales son 4.000 reales por día, es decir, considerando que una consulta está cerca de 130 reales, la gente paga, pero 4.000 reales por día no puede pagar más. Y un procedimiento quirúrgico muchas veces implica eso. Entonces, eso ahuyenta un poco a las personas, y terminan asociándose a un convenio.

El convenio fue muy malo para la actividad del médico, hasta para la relación del médico con el paciente. Porque el paciente que te elige viene porque alguien se lo recomendó o porque le gusta, pero es una recomendación positiva. Nadie busca un médico porque él tiene algún defecto. Entonces, el vínculo es otro. La persona que va a un médico vinculado al convenio teóricamente está yendo a un médico de la cartilla. Ella abrió la cartilla, vio que estaba más cerca de su casa, qué era más conveniente, y fue a ese. El vínculo es totalmente diferente... esa persona —a veces lo sentís— cree que el médico, incluso, es un empleado de la empresa. Porque hay muchos convenios que tienen sus médicos. A veces, eso no es oficial, no es que la persona contrate oficialmente, pero estos convenios muy grandes tienen un volumen de pacientes muy significativo, entonces ellos tienen lo que llaman centro de... derivaciones... el paciente tiene tal plan, necesita de un médico de determinada especialidad, llama por teléfono al plan y la empresa puede derivar. Entonces, el plan, de repente —un plan que tiene miles de pacientes—, puede derivarte muchos pacientes. Ahora, ellos no derivan por su capacitación profesional o por su... derivan de acuerdo con algún acuerdo que hacés con ellos, de intereses múltiples.

Derivan si conseguís que tu actividad en el hospital les cueste menos a ellos... Algunos consultorios son tan dependientes que, si el convenio no estuviera más, quiebra el consultorio...

Y en la especialidad quirúrgica —que creo que es un capítulo aparte de una especialidad clínica—, además de tener una estructura de ese porte, tenés que tener una retaguarda muy buena, porque no hacés los procedimientos en tu consultorio, necesitás tener un hospital.

En 1986, cuando entré, el consultorio tenía una estructura más grande. En aquel momento, tenía tres socios y trabajaban alrededor de seis personas en total. Eran dos casas, una en frente de la otra. Una atendía solo pacientes privados, y la otra, al otro lado de la avenida, los pacientes por convenio. Y, en ese momento, llego a tener 40 y pocos empleados. Actualmente, son siete socios y algunas personas. Aumentó el grupo de trabajo y se restringió el espacio físico, se restringió el número de empleados también, porque, económicamente, resultaba inviable. Eso para todas las clínicas que atienden por convenio, porque las empresas de medicina prepaga están pasando por una gran dificultad económica. Entonces, ellas no transfieren el dinero que deberían, retrasan más de 60 días la transferencia del dinero. Como los consultorios son micro-micro empresas, contás con una entrada para poder bancar los gastos. Si no tenés entrada, te desestructura.

Algunos convenios comenzaron a exigir. Ellos también están preocupados por los gastos, comenzaron a orientar el movimiento hacia otros lugares, donde el precio de la atención era más barato. Los planes venden un producto, venden atención médica a las personas que lo compran. Y, al vender, pintan el cuadro de la manera más atractiva posible. Dicen que las personas tienes miles de opciones de elección de médico, de profesional, de hospitales, de laboratorios y venden el plan. Pero, a la hora de usarlo —a pesar de tener ese discurso—, ellos no dan esa apertura al médico. Entonces, el médico muchas veces se ve forzado a internar en un hospital determinado, porque en los hospitales más grandes después no autorizan la internación; o hacer exámenes en lugares específicos, que son más baratos que otros. Entonces, se generan dificultades, porque la persona cree que puede hacer todo en el lugar que ella quiera, y el médico tiene limitaciones, y no es por él, porque, si fuera por él, siempre que alguien pague el procedimiento, sea el paciente o el convenio, cuanto mejor sea el hospital donde atenderlo, más cómodo. Pero el médico tiene esas limitaciones, tiene una disparidad entre lo que el paciente cree que va a obtener y lo que el convenio realmente proporciona al médico. Todas esas empresas médicas tienen médicos contratados por ellos, que administran todo eso, los gastos hospitalarios, todos los médicos, van al hospital diariamente, a ver a los pacientes que la empresa médica tiene internados, incluso para ver su prescripción... todo sobre el paciente, y ver qué rumbo está tomando. En general, no es muy usual que ellos tengan una presión directa sobre tu conducta, en el sentido de que hagas o dejes de hacer algo, pero ellos están monitoreando —casi diariamente— los rumbos que toma el tratamiento... y los gastos, respectivos.

Una vez, tenía un enfermo internado en la UTI del hospital, que tenía una cirrosis, y el médico del convenio llamó por teléfono para avisar que a partir del día siguiente, el paciente no tendría más cobertura, porque era una enfermedad crónica y, ahí, ya era un problema tuyo con el paciente. ¿Qué hacías? Está internado, no le podés dar el alta porque el convenio va a dejar de darle cobertura, no podés comenzar a pagar... Para el paciente, parece que vos sos el que no quiere hacerlo, porque, para él, cuando se asoció al plan, teóricamente, le resolvía su problema de salud para siempre. Y, cuando vas a ver, no, ese hospital no lo cubre. Comenzás a tener limitaciones que no son tuyas, pero que la empresa muchas veces hace parecer que el problema es

tuyo. Por ejemplo, la operación laparoscópica, de un tiempo a esta parte, es un nuevo acceso quirúrgico que revolucionó mucho la cirugía, especialmente cirugías digestivas. Pero eso requiere de equipamientos caros, requiere de instrumental más caro de lo que hasta entonces se usaba. Y, para hacer ese procedimiento, necesitas de un equipamiento que antes no necesitabas. Y es común que haya algunos roces en cirugía laparoscópica, porque tenés que usar algunos materiales que el convenio no cubre, y se genera ese “tira y afloja”: ¿quién compra el material que se va a usar? ¿El paciente? ¿El convenio? Es frecuente que se genere eso. A veces, vas a usar, supongamos, cinco pinzas, en el procedimiento, pero el convenio te da una, y las otras cuatro son tu problema... Tenés que conseguirlas de otra manera. Yo le digo al paciente que necesito de tal cosa para hacer la cirugía —el kit mínimo es eso— y, ahí, o él va a la empresa y ve si ellos lo consiguen, o él lo compra y lo trae. Yo lo resolví así, de esa forma, intentando no poner dinero en el medio, porque si le decís que esos equipos cuestan tanto, entonces él pone tanto, y lo comprás, la persona cree que se trata de una diferencia que te está pagando a vos por el procedimiento. Y, como eso es una práctica frecuente, ese cobro de una diferencia por parte de muchos médicos, las personas tienen eso en la cabeza, que te estás ganando algo. Y yo, personalmente, cuando estoy en una situación de estas, digo: “Mire, necesito esta pinza, esta tijera y esta válvula”. Ahí, lo compran, consiguen los equipos y lo traen, yo lo uso y después se lo devuelvo. Eso para no involucrar dinero. Teniendo una listita, las personas ven, en general junto al convenio, o entonces le compran directo a las empresas que comercializan ese tipo de material, financian con ellos la forma de pago... entonces está esa posibilidad. Y lo que hacemos es intentar economizar lo máximo posible en ese tipo de equipamiento, porque tiene un costo relativamente caro.

Los auditores, en general, son personas de la misma especialidad que, a veces, hasta tienen una postura... no es vergüenza de estar haciendo lo que están haciendo, pero ellos no se sienten cómodos con vos, porque no están del lado del médico, sino del lado de la empresa. Entonces, a veces, cuando te encontrás con un auditor de estos, el contacto en general es una postura medio a la defensiva... pero, en la práctica, está haciendo eso, está trabajando para la empresa, para ver el control de gastos. Todas las empresas tienen una persona de estas, y realmente es el médico el que sabe el procedimiento, sabe lo que estás haciendo, si lo que se está utilizando es proporcional con la enfermedad. Entonces, no puede ser un simple burócrata que hace el control de las anotaciones. Tiene que ser una persona que entiende un poco. Y se transformó en un empleo, ¿no? Creo que ellos lo encaran como una función más, un empleo para complementar los ingresos. Ellos no tienen una función de consultoría, no es una persona con la que te sentás allá un momento para discutir, para hacer las cosas de una manera o de otra. No es una consultoría, es claramente un control... No tiene esa postura de consultoría, que hasta sería útil si hubiera una retaguardia en determinadas áreas.

Básicamente, las empresas negocian el hospital en donde se va a hacer el procedimiento. Negocian hasta el tiempo de internación, por ejemplo. A veces, para la empresa, es más conveniente que internes al paciente un día y el procedimiento se haga el mismo día —se ahorra un día de hospital— y, a veces, para el paciente, es mejor internarse en la víspera, son personas hipertensas, de edad, solo el hecho de llegar al hospital, quedarse en la fila esperando que el cuarto esté disponible, sabiendo que la operación será en breve... en esa situación, es frecuente que la presión empeore... e incluso para operar. Entonces, para el paciente y para el médico, a veces es más adecuado que se interne en la víspera, duerme en el hospital, ya se despierta en el hospital, más descansada y, para el convenio, eso no siempre es importante.

No es que directamente el tipo te dice: “Si lo internás en la vispera, te vamos a desacreditar”. No es a ese nivel, pero hay cierta presión... Frente a un caso más complicado, dependiendo del convenio, ellos son más maleables. Especialmente las empresas gubernamentales, son buenas en ese sentido, podés dialogar con ellos, no son de cuño solo empresarial, centradas en la rentabilidad específicamente. Las que son empresas propiamente dichas, para generar ganancia, esas son complicadas.

Atendí más de diez años por convenio... Cuando dejé, algunas personas continuaron atendiéndose, ya eran conocidos y tal. Un porcentaje menor de lo que yo imaginé... Pero tengo pacientes totalmente privados. Porque la consulta termina siendo un procedimiento barato... la persona viene, paga una consulta, y yo le doy una opinión. Es frecuente eso. La persona no viene a hacer un tratamiento, ella viene a escuchar una opinión. Muchas veces, esa opinión está de acuerdo o no está de acuerdo con la que ella ya tenía, entonces, ella usa esa segunda opinión como ayuda.

Muchas veces, las consultas con médicos que atienden planes no son muy satisfactorias o, a veces, hasta lo son, pero tienen una velocidad muy rápida. El paciente muchas veces dice que fue al médico y que se quedó cinco minutos con el médico, el médico ni lo examinó, fue una consulta muy rápida que, a veces, determinó una cirugía. Entonces, ese paciente, que en cinco minutos pasó por el médico y tiene que operarse, en general, quiere escuchar una opinión con calma, él quiere sentarse, conversar media hora, una hora, ver si realmente tiene que hacerse ese procedimiento. Si tuviera que hacerlo, probablemente hasta se lo haría en el sistema más barato para él, pero quiere tener seguridad del diagnóstico. Entonces, es frecuente que las personas vengan, y generalmente ya entran con todos los exámenes abajo del brazo, ya sabés de qué se trata... él viene a escuchar mi opinión. A veces, la persona abre el juego: “fui a tal médico, y me dijo que tengo tal cosa y yo quiero saber si es eso, si esa es su opinión también, o no”. Pero, a veces, no; a veces, vienen y me cuentan una historia desde el inicio y, al final, descubris que ya tiene un diagnóstico, ya tiene una propuesta de tratamiento y está simplemente cotejando tu opinión con la del otro colega.

Las personas que son bastante reconocidas, con gran experiencia en cirugía, es más frecuente esa función de la interconsulta. Cuando la persona tiene que ser operada, es frecuente que recurra a una persona de estas para escuchar una opinión ¿no? La experiencia anterior acredita a esa persona. Así, los especialistas —buenos especialistas— vuelven a ser un poco clínicos. Quien tiene una gran experiencia en un área determinada, desde el punto de vista clínico, consigue ir mucho más allá de aquel que no la tiene. Y eso es una cosa interesante. Los médicos que tienen más experiencia generan un costo menor, en términos del diagnóstico, que los médicos que tienen menos experiencia, que intentan cubrir todas las posibilidades y generan un costo mayor.

Cuando algún paciente busca una opinión de estas, si yo tengo seguridad de lo que estoy diciendo, le doy mi opinión. Si es algo que yo no tengo seguridad, le digo que tal persona podría dar una opinión más acreditada que la mía, en ese sector específicamente. Es muy complicada la opinión de varios médicos, incluso éticamente. A veces, ves que uno critica la postura del anterior —no es que no la deba criticar—, pero la critica como para destruirla, para intentar demostrarle otro camino a esa persona. Es muy común eso. Y la interferencia de un médico —a través del paciente— a otro médico es muy frecuente. Hace poco tiempo, yo estaba prescribiendo un remedio antiguo, ya de algunas décadas, que tiene un efecto colateral que... no

es muy colateral, sino más bien un efecto paralelo que, en este caso, estaba deseando parte de ese efecto paralelo, por eso prescribí esa medicación. Y el paciente volvió y me dijo que fue a otro médico que le dijo que el médico que le había dado esa receta debía ser alguien muy desactualizado, porque ese remedio no se usaba más hacia muchos años y, en realidad, yo lo estaba usando con otra intención. Entonces, los propios médicos terminan con frecuencia teniendo un papel muy malo. A veces, cambian el medicamento por otro muy similar, solo para decir que cambiaron algo. Entonces, esa consulta no siempre es muy armónica...

Cuando el paciente viene lleno de exámenes, muchas veces pregunto si él quiere que yo lo trate o si quiere mi opinión. Es diferente. Ahí, yo doy la opinión más coherente que yo considero posible, y la persona administra aquella opinión de la manera que quiere. O, si ella dice: “Yo quiero comenzar a tratarme”, ahí se inicia un trabajo de tratamiento. Y a veces la opinión es hasta más simple... mirás a la persona, la examinás y das tu opinión. Son enfermedades crónicas, que requieren un seguimiento a largo plazo, que no conseguís curar, conseguís controlarla. Esas personas muy crónicas, cuando vienen, a veces en busca de una simple opinión, es hasta más agradable que alguien del que te tenés que ocupar, porque asumís el problema ¿no? Porque yo pienso así: cuando la persona te busca como médico, con una cosa que aún no está diagnosticada, tenés un problema. Primero, hacés el diagnóstico. Cuando tenés el diagnóstico, el paciente tiene un problema, es decir, ahora, el problema es suyo. Vos tenés un diagnóstico que él va a tener que administrar. En realidad, es verdad hasta cierto punto, porque vos tenés un problema también, pues, a partir del diagnóstico, prescribís un tratamiento. Entonces, lo asumís como algo personal, como algo en lo que estás involucrado directamente, y estás involucrado en un proceso en que el tratamiento en sí, en general, es algo que consume bastante. Especialmente, en el área quirúrgica, hacés procedimientos grandes, que cambian mucho el tipo de vida de la persona, las desviaciones, las ostomías, cambian la vida radicalmente, y vos sos el agente que hace eso ¿no? Hasta el día de hoy recuerdo a un paciente —yo era practicante en cirugía vascular—, e hicimos una amputación de pierna de una persona que llegó con una gangrena, y esa persona se convirtió en un mendigo y yo me lo encontré, cinco años después, veía a esa persona en la calle, es decir, yo había hecho la amputación por la necrosis en la pierna, tenía que hacerlo, pero veía a la persona y decía: “Fui yo quien le sacó la pierna. Él no era mendigo antes, se convirtió en mendigo y murió como mendigo... después de muchos años, en la esquina del hospital”.

Cuando empecé el consultorio, tenía ya gente que venía con los exámenes, y la tendencia fue tener cada vez más, a partir del momento que se fue masificando. Como las personas reciben una atención que, en términos de calidad, es más floja, porque están atendiendo con menos tiempo, genera incluso más inseguridad. Entonces, ese paciente... de “consultoría”, creo que la tendencia es que aumente. Es común, por ejemplo, que la persona elogie que le midas la presión, es decir, medir la presión es lo mínimo que se hace en una consulta... es esa historia de que la ganancia por unidad es pequeña, entonces, trabajás mucho, con un costo operacional muy grande y atendiendo cada vez en menos tiempo.

Hubo una época en la que las personas elegían a los médicos por una cuestión de confianza en un buen médico, y era muy difícil que se vaya, que pierda la confianza, y le pregunte a otro, y vuelva para que lo opere. El sistema de la confianza quedó un poco... trastocado. El vínculo que la persona tiene con el médico que atiende por convenio no es tanto con el médico, sino con el “médico del convenio”, no tiene un vínculo personal con vos. En aquella época en la que

yo atendía por convenio, yo lo veía mucho. Por ejemplo, yo no podía atender un día por algún inconveniente, y las personas pedían ser atendidas por otro médico, que pudiera atenderlas ese día. Entonces, en vez de ir al médico x, va al médico y punto, no hay ninguna diferencia. Es ir al médico, y listo. Da igual que sea uno o el otro...

Era común, también, ver a una persona que sentía que pagaba mucho por el plan y quería usarlo. Era muy frecuente que la persona viniera y dijera: "Pago no sé cuantos miles de cruceros por un plan de salud, y quiero hacerme unos exámenes". Yo le decía: "Pero ¿qué es lo que siente?". "Yo quería hacerme unos exámenes generales... de todo". "¿Pero de todo dónde? ¿En qué sector, más o menos?". Porque pagan unos 500 reales por mes y, después de tres años sin usarlo, quiere hacerse unos exámenes para usar algo de eso. Entonces, se crea un vínculo complicado con el médico ¿no?

Aquí, en la clínica, los médicos más antiguos, que empezaron a tener clientes antes de los convenios, son los únicos que nunca atendieron por convenio. Comenzaron antes de los convenios, tienen una clientela formada en esa época y continuaron. Pero la mayoría de las personas atienden por convenio, hasta que se quedan sin aliento, y ahí paran de atender. Eso, coincide con el hecho de estar en el mercado hace ya algún tiempo, y ser conocido por determinado grupo de personas. Consiguen sobrevivir sin atender por convenio. Y la decisión —por lo menos para mí— de dejar de atender por convenio fue por la calidad de atención que estaba dando. Llega un momento en que hasta optás por tener un ingreso menor: voy a ganar menos, pero voy a hacer la actividad más compatible con lo que yo quiero, voy a atender con calma, conversar con calma, no quiero tener la presión de estar atrasado... muy atrasado o un poco atrasado. Entonces, creo que es un momento en el que optás por seleccionar, restringir el tipo de actuación.

En la clínica, de los siete médicos, cinco no atienden por convenio y dos atienden. Y los cinco que no atienden trabajan siempre con alguien que atiende por convenio. Cuando yo dejé de atender por convenio, conseguí una persona para trabajar conmigo... Entonces, cuando a la persona que llamaba para pedir un turno conmigo le decían: "Él no atiende más por convenio, pero hay una persona que está en su lugar atendiendo sus convenios y lo atiende sin ningún gasto o, si quiere continuar atendiendo con él, paga la consulta". Para no abandonar de repente a ese grupo grande. Así, entra una persona que atiende por convenio y a quien le interesa atender, y le pasás el trabajo, porque el objetivo nuestro es, primero, que atienda. Y mantener el volumen de la clínica, una estructura que tiene un costo operativo alto y no se puede que de repente todo el mundo pare de atender por convenio, porque lo que mueve es el convenio. Entonces, tiene que haber alguien, pero no necesariamente la misma persona, porque, cuando se cansó, tiene que tener el derecho, a una determinada hora, de cansarse, pero siempre pasándose a alguien que atienda.

La clínica funciona como un condominio ¿no? Es decir, tiene un costo operativo que los siete lo tenemos que bancar, por eso tomamos las decisiones administrativas. Pero las personales, quién va a atender por convenio y quién no va a atender... lo administrás vos eso... En la clínica, elegimos funciones. Pasamos por un período en el que cada uno hacía lo que consideraba que debía hacer, y se armaban unas confusiones homéricas, porque había dos personas encargadas de lo mismo y nadie encargado de otras cosas. Entonces, pasamos por un momento de dividir funciones, por eso lo llamé condominio: cada persona tiene una función. Uno cuida la parte financiera, otro cuida la atención al cliente, otro cuida de la parte operacional, otro

cuida la relación con los convenios, mantenimiento... y esas funciones son rotativas también. Después de un tiempo, la persona puede cansarse de esa función y cambiar con otra persona. Hoy tenés que profesionalizarte para sobrevivir, porque es un período muy difícil, económicamente, difícil. Nosotros ya tuvimos una etapa en la que teníamos administrativos. Pero el costo de un administrativo, hoy, es muy caro. Era una época mucho más holgada, llegamos a tener dos administrativos que se ocupaban de todo. No tenías preocupaciones más allá de la parte médica pero, ahí, las cosas se fueron ajustando, ajustando...

En la parte más técnica de la propia práctica, yo no diría que soy un súper especialista, sino más bien vinculado a un área muy específica, porque hay una dualidad: yo soy un súper especialista en el hospital en el que trabajo. Súper. Ahora, en la clínica, tenés que atender más genéricamente. Claro que, ahí, tenés un control, un criterio, qué atender y qué no... Depende de lo que te sientas con ganas de atender o no. De los casos que me buscan, más o menos del 5% al 10% tiene alguna indicación de tratamiento quirúrgico. La mayor parte, a pesar de buscar un cirujano y a pesar de que esta sea una clínica quirúrgica, es tratamiento clínico... Incluso, intentamos descaracterizar el nombre de la clínica, porque muchas personas piensan que una clínica quirúrgica solo hace cirugía y no hace ningún otro tipo de tratamiento.

Mi formación ya fue así, con una atención bastante volcada hacia la parte clínica. No sé antes de eso... Pero creo que, en la última década, ha sido una formación así. Y la clínica es algo muy grande. La clínica que hace el cirujano es una clínica restringida, pero es suficiente para el cotidiano de trabajo. Antiguamente, el clínico era el que recomendaba, el que derivaba para el cirujano. Hoy, el cirujano atiende no solo las consultas quirúrgicas, sino también es un gastroenterólogo que además hace cirugía, así como hay algunos endoscopistas que también hacen cirugía, hay algunos clínicos que hacen endoscopia... En gastro, hay una mezcla de actividades ¿no? Hay endoscopistas que operan, que tienen formación quirúrgica también y terminan operando.

Desde que yo comencé hasta ahora, cambió bastante la incidencia de algunas cosas. Por ejemplo, tratamientos quirúrgicos de úlcera péptica gastroduodenal, prácticamente, no hay más. En aquella época, aún había... Con el desarrollo de nuevos remedios, y un conocimiento un poco mejor de la fisiopatología de la enfermedad, disminuyó mucho la indicación quirúrgica. Eso marcó un límite. Es decir, la úlcera se operaba y, hoy, es absolutamente raro operar una úlcera, a no ser que sea un caso complicado. Incluso en otras patologías benignas, por ejemplo, la enfermedad del reflujo, esofagitis, lo mismo... Se indicaba mucho más de lo que se indica actualmente. Entonces, se produjeron cambios, en función hasta de la mejora del control clínico, farmacológico. Por otro lado, aparecieron, en estos últimos diez años, nuevas técnicas de tratamiento, que cambiaron el enfoque terapéutico de algunas enfermedades. Por ejemplo, surgió, en ese período, el tratamiento con videolaparoscopia, entonces, una gran cantidad de pacientes buscaban al gastroenterólogo para hacer un tratamiento quirúrgico, un gastroenterólogo quirúrgico. La litiasis vesicular no cambia mucho con nuevos tratamientos, porque el tratamiento sigue siendo quirúrgico... No es como la úlcera, que inventaron un remedio nuevo y disminuyeron la intervención. La litiasis sigue siendo aún un tratamiento quirúrgico, pero la técnica que se usa cambió radicalmente.

Eso tuvo un cierto impacto, porque todo el mundo tuvo que posicionarse con relación a eso. Fue una técnica nueva que surgió, que algunos aprendían a hacerlo, o tenían que derivar a alguien que lo hiciera, o ponerse en contra, pero tuvieron que tomar una decisión ¿no? A partir

de eso cambió también bastante el mercado. Aquellos que comenzaron a hacerlo comenzaron a destacarse, en términos de mercado, porque comenzaron a recibir una demanda de pacientes muy grande. Y otros tuvieron una reducción del número de pacientes, por no hacerlo.

Aquellos que tuvieron más dificultad para el aprendizaje de la laparoscopia son los más viejos, porque las personas de una franja etaria más joven tienen más disponibilidad y no tenían el tratamiento convencional tan arraigado. Es decir, las personas que desde hace 40 años están haciendo el procedimiento con cirugía convencional, de repente, después de 40 años, pensar en una nueva técnica que es muy diferente es algo más difícil que para alguien que está comenzando hace cinco años o menos. O sea, si tenés que empezar, ya agarrás otro rumbo ¿no? Y ese boom de la laparoscopia fue a comienzos de los años noventa —entre fines de los ochenta y comienzos de los noventa—, ese gran incremento. Algunas afecciones cambiaron incluso los criterios de indicación, pasaron a ser tratamiento quirúrgico, porque el tratamiento pasó a ser más simple. Por ejemplo, la propia enfermedad del reflujo, esofagitis, hay un gran porcentaje de pacientes que tienen la enfermedad —más o menos el 50% de los pacientes con ese tipo de enfermedad— que necesitan un tratamiento clínico prolongado. Y, en aquella época en que la opción era el tratamiento quirúrgico convencional, las personas optaban por tratarlo a largo plazo. Ahora, que tiene la opción de un tratamiento menos agresivo, más frecuentemente optan por la cirugía.

Cuando surgió la nueva técnica, se sintió claramente una reacción de amor y odio y creó una situación interesante, porque, de repente, la persona que tenía más experiencia en este tipo de tratamiento era alguien de 35 años, que lo llamaban de todo el mundo para hablar, en congresos organizados por gente mayor que tenía que escuchar a una persona de esa edad hablando de avances. Incluso aquí, en Brasil, las personas que comenzaron a usarlo eran bastante jóvenes. En un comienzo, todavía estaba esa cuestión de “¿será muy arriesgado?”, que intentaba denigrar la nueva técnica... Pero después, con el tiempo, era como negar la influencia de la computadora, podés no saber usarla, pero no podés decir que no sirve para nada ¿no? Si la usás, sirve para algo. Yo sentí la necesidad del mercado. Es decir, las personas venían y lo pedían, incluso lo pedían de forma equivocada, porque preguntaban si el médico hacía la operación con láser que, en realidad, no es láser, láser es solo una de las formas de cauterización, raramente utilizada, pero el paciente preguntaba si hacíamos ese tipo de tratamiento. Como se divulgó en la prensa lega, creó una demanda muy grande de pacientes. Creo que, en un comienzo, en los primeros dos años, fue más por curiosidad, para ver realmente qué hacía y, desde 1993 hasta ahora, realmente las personas lo buscaban específicamente. En un inicio, buscaban información al respecto; hoy, ya buscan una persona que lo haga. Creo que todo el mundo que hace gastroenterología quirúrgica tuvo que comprar un equipo de esos, tuvo que aprender a hacer eso, en la década de 1990.

Algunos hospitales trabajan así: tienen el equipamiento básico, y los médicos tienen el instrumental más específico... Otros, no: cada equipo compra su equipamiento. Creo que la última alternativa termina siendo mejor, porque tenés que familiarizarte con el equipamiento. No es un equipamiento que el hospital te da y mañana resuelve cambiarlo, y llegás y no está más ese y hay otro... es un equipamiento al que estás acostumbrado. Entonces, la tendencia es que las personas tengan su propio equipamiento, no cada uno sino que te sumás a otras personas, porque no vas a comprar un equipamiento vos solo para operar, porque vas a trabajar el resto de la vida para pagarlo. Los instrumentales más específicos, ahí, eso es personal, cada uno tiene

el suyo. Yo tengo el mío en un cajón. Es solo mío. Cuando voy, llevo lo que me gusta, que me llevo bien, y otro, cuando va, tiene otro tipo de material, que es suyo, se familiarizó con él. Son pinzas, tijeras, porta-agujas. El instrumental no es tan pequeño, porque, como es laparoscopia, es todo largo. Las pinzas tienen que entrar dentro del abdomen, y tenés que manipularlas desde afuera... Entonces, las pinzas son largas. La técnica cambia radicalmente... La ampliación, por ejemplo. La imagen que estás viendo es de 16 a 20 veces mayor de lo que veías antes, porque la amplifica. Ves las cosas desde un ángulo que no lo verías. Dependiendo de la posición en que estás con la cámara, el movimiento se invierte, o sea, girás a la derecha y vas para la izquierda. Pero, así como antes tenías que usar pinzas, comprar pinzas, tenés que respetar la validez de la pinza. Dependés de más cosas que antes ¿no? Antiguamente, estaba el anestesista, la caja quirúrgica, y era todo. Ahora, para poder ejercer, dependés de más cosas. De tecnología... Necesitás también de un técnico para la parte técnica del equipo, del monitor. Hay una dependencia mayor al equipamiento, al instrumental, que de personal propiamente dicho...

Los pacientes tienen más información, la información se divulga por los medios —por el diario, la televisión—, sobre nuevas técnicas, nuevos tratamientos. Las personas están más informadas. Y quieren saber si estás usando tal láser o cuál es la tasa de infección hospitalaria.

Por un lado, es bueno, porque estás lidiando con una población más informada ¿no? Tiene que ser una cosa más abierta, toda la relación. A veces hacemos una indicación paternalista. No hablás tanto de los riesgos, para ablandar un poco la situación. En realidad, yo cuestiono bastante eso y tengo una tendencia a ser bastante objetivo. Está claro que con cierto tacto para hablar, pero intentando ser lo más realista posible, porque, ahí, la persona entiende la dimensión del problema y entiende también los cambios sobre la marcha. Eso es importante. Pero creo que no puede llegar a ser algo tan patológico como llegó a ser en EE.UU. Yo llegué a ver allá procedimientos que se iniciaron... El personal hace la operación con un diagnóstico inicial y, durante la operación, ven que el diagnóstico no era ese. Cierran al paciente, al día siguiente le comunican al paciente que el diagnóstico ya no es ese, sino otro, y que hubo un cambio de diagnóstico, un cambio de procedimiento... Si él está de acuerdo, si está consciente de eso y lo aprueba..., ahí, él firma y lo operan de nuevo.

Creo que ese radicalismo, por otro lado, también, termina perjudicando al propio paciente. En realidad, el médico se está protegiendo, no está haciendo lo que es mejor, se está protegiendo por todos lados de un eventual problema. Entonces, la relación del médico con el paciente es de un eventual procesado con un eventual procesador. Tal vez la relación médico-paciente sea mucho más saludable si no tuviera esa interferencia jurídica tan cercana.

Considero que tiene que ser una decisión compartida. Porque todo procedimiento quirúrgico implica un riesgo, entonces, es malo asumir ese riesgo solo. Antiguamente, eso ocurría, pero ahí era una necesidad. Es decir, el doctor dijo que lo tenía que operar, lo operó y murió. Paciencia. Había que operarlo, y murió en la operación... Hoy, no es así, hay un reclamo mayor de los pacientes: ¿Por qué murió? ¿Qué sucedió? Murió porque murió, estaba muy grave y murió. Demasiado grave. Murió en la mesa... Ocurría.

En las indicaciones en las que estoy convencido absolutamente de que realmente son lo mejor para el paciente, no es que yo sea tendencioso, pero no solicito tanto su participación. En las que yo entiendo que puede haber distintas opciones —por ejemplo, la persona toma remedios por el resto de su vida, o se opera—, solicito más su participación. Depende de la situación. En un caso en el que estás convencido —o se opera, o muere—, yo no voy a preguntar: “¿usted

quiere operarse o quiere morir?" Voy a intentar inducirlo, en el buen sentido, para aceptar la operación. Ahora, en el caso que entiendo que hay otras opciones, que tiene otras posibilidades, yo se lo planteo a la persona. Y eso a veces lo ven como inseguridad ¿sabés? En situaciones más clínicas, eso es menos sutil, no es tan evidente. Es por eso que el vínculo que el paciente tiene con el cirujano es diferente del que tiene con el clínico. Eso se ve en el consultorio, donde hacemos tratamientos clínicos y tratamientos quirúrgicos. A veces, es un tratamiento quirúrgico banal, y se resolvió y ese paciente cree que sos el mejor médico del mundo. Y, a veces, tomás medidas clínicas brillantes, hacés un diagnóstico que tal vez otra persona no hubiera hecho. Pensás en un tratamiento, y la persona cree que eso es automático, que la conducta clínica tenés que tenerla, es su obligación. Ahora, con el cirujano, él vincula: la persona que salvó su vida, la persona que lo operó, la persona que lo conoce por dentro... Tenés todo un escenario, también... Tenés hospital, centro quirúrgico, anestesista, es todo un... escenario diferente a una consulta clínica.

La preocupación del diagnóstico tal vez sea más un problema del médico por llegar al resultado que para el propio paciente, la mayoría de las veces. El paciente quiere no tener más dolor o no tener más la hernia. Ahora, si el diagnóstico se hace de una manera o de otra... lo que él quiere es que eso se resuelva. Pero, para el médico, creo que el diagnóstico es cada vez más importante; primero, porque fundamenta la indicación, autoriza algunos procedimientos y desautoriza otros, en función del diagnóstico. Muchas veces, trabajamos con un diagnóstico aproximado. Depende mucho del sentido común y de sus implicancias: yo estoy pensando en un diagnóstico y estoy jugando con la posibilidad de que sea correcto. Tal vez las patologías de dimensión más quirúrgica necesiten más de esas decisiones más fundamentadas.

El rigor con que se cierra un diagnóstico, antes de iniciar un tratamiento, creo que está vinculado al tiempo que tenés... Si tenés poco tiempo de contacto, tenés que basarte mucho en los exámenes diagnósticos. Y, si tenés un poco más de tiempo de contacto con el paciente, lo analizás más clínicamente y sos más selectivo en la indicación de los exámenes que vas a usar para aclarar ese diagnóstico. Cuando vemos muchos casos iguales, a veces terminamos cambiando. Por ejemplo, el paciente con un dolor torácico, que pareciera ser un dolor de origen cardíaco y, en realidad, muchas veces, es de origen digestivo. Muchas de las enfermedades que tratamos, en realidad, son enfermedades funcionales... Es la persona que está con vicio dietético, usando algún remedio que lo está perjudicando, una actividad tensional... Creo que, en esa parte, la medicina es mucho más arte que ciencia. Si conseguís interactuar con el paciente, en el sentido de captar las cosas que están desencadenando eso, y encontrás una salida con él, es decir, eso es mucho más sensorial que un libro que leíste, porque eso no se enseña en el libro...

Creo que depende mucho de la sensibilidad de la persona conseguir identificar eso. Por ejemplo, las dispepsias funcionales, que es el paciente con quejas digestivas y no tiene una enfermedad digestiva orgánica propiamente dicha, sino tiene una función digestiva pésima, que puede ser una disfunción por tensión, por vicios dietéticos. Él tiene una enfermedad funcional, no es una úlcera, no es un tumor... En ese disturbo de la función, es mucho más fino el diagnóstico y el propio tratamiento que en un problema más orgánico. Entonces, creo que, si el médico hoy se desvincula de esa parte funcional, él abarca como médico un pedacito solo del paciente, no atiende esa gran demanda. Y las enfermedades transitan más en ese sentido, pero la medicina, yo no sé...

Me gustó la medicina, pero creo resulta cada vez más difícil hacerla de un modo satisfactorio. Yo diría que me adapté en función de lo que encontré en el mercado, y no en función de

lo que quería. Hoy, no sé si haría medicina de nuevo, a pesar de que me gusta... La aplicación práctica, en el día a día, en nuestro medio, es complicado, ¿no es así?

Doctor Bernardo

Yo nací en San Pablo, en la maternidad Pro Matre. Soy de clase media, hijo de madre judía y padre católico. Mi padre era inmigrante italiano, ya falleció... Hizo la facultad de medicina en Italia y vino a Brasil. Aquí, por consejo de un amigo, hizo cardiología, porque era un mercado que estaba abriéndose y que tenía condiciones. Como a mi padre le gustaba la medicina y le gustaba la cardiología, decidió revalidar el diploma en Brasil y se fue a hacer cardiología.

Mi infancia fue la de un chico de clase media, en el barrio Pinheiros. Después, cuando la situación económica mejoró, vinimos a Jardins [...] Estudié en una escuela de tradición italiana, el Colegio Dante Alighieri, que queda aquí en Jardins. Fue la única escuela que hice en mi niñez y juventud. Nosotros éramos tres hermanos. Estaba mi hermano más viejo que, cuando yo tenía 14 años, entró a la facultad para hacer matemática y física, y él era mi ídolo. Yo quería hacer física y matemática, que eran las dos facultades que él hacía. Tengo un hermano menor, cuatro años más joven, que es médico...

Pero ahí sucedió algo que cambió la historia de la familia. Hicimos un viaje y tuvimos un accidente de auto: mi padre y mi hermano más grande murieron. En el mismo accidente, estaban mi madre, mi hermano menor y una serie de amigos... Entonces, de repente, se produjo un giro económico muy grande en la familia. De un momento a otro, sin mi padre, que era una persona considerada eterna. [...] Ahí fue duro, fue duro porque cambió todo... cambió toda la visión. El estatus económico de una familia... esas historias ya se contarán muchas veces ¿no? Se pensó, incluso, en sacarnos a mí y a mi hermano de la escuela, pero ahí apareció mi otro abuelo, el padre de mi madre, que nos respaldó y comenzó a inyectar dinero en la familia. Yo tenía 15 años, y mi hermano tenía 11...

El hecho es que, el día que mi padre murió, yo dije que quería ser médico, y estaba en primer año del colegio; me pasé a biológicas, hice el examen de ingreso y entré en la facultad. [...] Sin duda, la influencia fue de mi padre y un deseo... la historia de ser el Zorro, el superhéroe... Cuando tenés una idea —y eso fue una cosa que siempre estuvo presente en mi cabeza— de ser salvador de la humanidad... Es mucho más fácil hacer eso siendo médico que siendo físico o matemático, a menos que seas un premio Nobel, cosa que está muy lejos. Pero ser médico, no...

Durante la carrera, no hice ningún curso vinculado a la cardiología... como formación en paralelo. Cuando llegué a tercer año, en la cátedra de cardiología, me lo insinuaron, pero hice varios cursos que no tenían nada que ver con la cardiología [...] Aún en el último año de residencia, en 1984, comencé a trabajar. A mí me gustaba ya la cardiología y la terapia intensiva, y tenía un hospital privado que aceptaba médicos de guardia de sexto año y hasta pagaba una bequita para que vayas, hagas la guardia y ayudes. Me quedé durante un año y medio haciendo guardia. Aprendí un montón de cosas, me encantó...

Entré a la residencia y yo conocía a un médico, que había sido alumno de mi padre, que me dijo: “Creo que tenés que hacer guardia en el mismo hospital que yo —es un gran hospital privado—, en la UTI. A vos te gusta la UTI?”. Y me presentó al jefe de la UTI del hospital. Me quedé durante unos seis meses practicando, “sapeando” cosas, y terminaron convocándome

para ser médico de guardia. Me quedé trabajando tres años, desde 1987 a 1990, y fue una gran oportunidad, porque ya estaba recibido, entré en la mejor guardia paga de UTI, aprendí un montón de cosas, agarré una buena mano, y fue eso que me respaldó al punto de yo pude pedirle casamiento a mi mujer, en 1987, y tenía un sustento financiero.

Inauguré el consultorio a comienzos de 1987, con cero enfermos, y aún haciendo la residencia; hacía guardias nocturnas el fin de semana, en el hospital. En el consultorio, atendía solo un enfermo por mes, pero, al fin, tenía un lugar. No tengo ningún convenio en el consultorio, solo pacientes particulares, y, gracias a Dios, yo sé que el país está en crisis, pero yo, por el contrario, estoy trabajando cada día más, tengo un montón de pacientes internados. [...] El consultorio fue algo que yo siempre quise hacer; ya tenía la idea de lo que quería hacer... compramos un consultorio cerca de donde yo siempre viví, y quedó bonito, pintado, listo, amueblado; sin pacientes todavía, entonces, me quedé esperando...

En aquel tiempo, yo trabajaba en una unidad coronaria de otro hospital público [...] En la UTI, yo era el responsable de todos los pacientes, tenía un contacto muy bueno con todos los pacientes... siempre me gustó mucho. Y, por mi forma de ser, era muy querido, tanto que varios pacientes me pedían el teléfono, preguntaban si yo tenía consultorio, porque querían sacar un turno, incluso sabiendo que yo no tenía convenio, que era particular, y que no tenía nada que ver con el esquema del hospital. Ellos habían sido internados por el INPS, pero querían atenderse conmigo porque les gustaba, porque yo ya formaba parte de lo que les había sucedido; entonces, los primeros pacientes del consultorio, vinieron por ese esquema. No era un número muy grande. Yo hacía consultorio una vez por semana, después de las 18:30, 19:00 hs. Creo que yo atendía... tres pacientes por semana, no más que eso.

El resto de los pacientes eran amistades, padres de pacientes, abuelos de amigos, padres de amigos... y eso fue en comienzo [...] A fines de 1992, me fui de la unidad coronaria, e inmediatamente ese número de pacientes que venían por la unidad coronaria cayó abruptamente a cero. Y mi sorpresa fue que el volumen total no cayó. Yo pasé a atender más temprano, con más calma, y el volumen no cayó. Yo ya tenía una base que venía probablemente por recomendación de los propios pacientes, que ya eran mis pacientes y que me recomendaban a otras personas...

Yo no abrí ningún convenio médico. Creo que va a llegar un momento en que la medicina va a tener que ser parcialmente socializada, parcialmente privatizada... se va a terminar el médico particular, pero creo que todavía no. Porque la parte socializada es muy mala, y la parte privatizada, por convenios, es pésima. Lo que ofrecen como valor de la consulta es degradante. Es un valor muy bajo... Entonces, lo que sucede es que las personas atienden un número muy grande de pacientes, en intervalos cortos de tiempo. Y no me expongo a hacer eso, nunca lo quise hacer... e intenté resistir [...] La gran masa de la clase pobre brasileña no puede pagar una consulta, porque es el precio de un salario mínimo, no tienen condiciones. Pero la clase media tiene condiciones de pagar... Tal vez no pague el resto, pero una consulta, sí. Las personas, al menos de clase media y clase alta —la clase alta es la que, en realidad, se interna y termina haciendo todo con vos— que van al médico, es cada vez menos. Primero, porque la clase media y alta se están achicando, están disminuyendo el número de personas, y el número de médicos está aumentando. Todo el mundo quiere ese tipo de paciente... Entonces, creo que la filosofía es contar con tres cosas para su beneficio. La primera es ofrecer una profesión de nivel A —si yo quiero el mejor tipo de paciente, entonces él va a buscar al mejor médico— y si yo tengo que ser el mejor médico, entonces tengo que invertir en un conocimiento médico siempre actualizado

y que sea el mejor posible. Creo que es una cosa en la que invierto. La segunda es —si es difícil conquistar a los pacientes, porque el número de pacientes aumenta, muy lentamente— invertir en no perder a los pacientes. Eso es algo de lo que nunca escuché a nadie hablar, pero yo lo digo. La peor cosa que hay es perder un paciente, no porque estés haciendo una medicina peor que el otro, y sentís envidia... no. ¿Qué significa perder un paciente? Que no vuelve más. Entonces, de cierta forma, hubo algún error y, desde mi punto de vista, ese error fue en la relación médico-paciente. Yo prefiero perder un paciente porque le erré al diagnóstico —porque todos los caminos y todas las conclusiones apuntaban en esa dirección y yo me equivoqué porque es posible equivocarse— que perderlo porque se malinterpretó lo que dije, porque la relación médico-paciente no prosperó. Eso es una cosa en la que yo invierto. Entonces, realmente, en estos diez años de consultorio, perdí muy pocos pacientes...

Además, yo no quiero perderlo, porque sé que representa una fuente de ingresos... es un negocio. El consultorio médico es un negocio. Y yo, como cualquier empresario, no quiero perder mis clientes.

En general, los médicos tienen dos grandes problemas. El primero es ser pésimos oradores, la timidez... el uso inadecuado de la palabra, no por ignorancia, sino porque no están habituados... creo que eso es un don. La timidez, la incapacidad de expresarse y, principalmente, la falta de tiempo... ¿Cómo podés, en cinco minutos, tener una relación médico-paciente adecuada? No hay forma. Entonces, yo creo que es necesario rescatar —y creo que cada vez tiene más sentido— el viejo médico de familia...

Para mí, en una consulta, la historia vale 50% y el examen físico, 50%. Lo fundamental es el examen físico, la historia, la anamnesis. Los exámenes de laboratorio son importantes, pero son una consecuencia natural... no van a modificar... Para los pacientes, siento que la conversación es el 70%, en nivel de importancia, escuchar lo que ellos están diciendo, la historia que ellos tienen para contar. El examen físico, el 20%, y los 10% que sobran son los exámenes que voy a pedir. Porque, si no pedís ningún examen, muchas veces, se enojan [...] Lidiar con estos pacientes es difícil, pero son los gajes del oficio. A mí me gusta la medicina de consultorio particular, y todos los pacientes no son un encanto, maravillosos, interesantes para conversar. Hay gente que es complicada, que es difícil, mas eso es parte de la estrategia...

Mi horario es extenso. A veces, salgo antes de las 7:00 hs, para poder hacer las visitas antes de ir al hospital; ahí, trabajo desde las 7:00 de la mañana a las 23:00 hs... lo que da unas 16 horas, parando un poco solo para almorzar y, para poder ver a mis hijos, voy a casa, ceno, espero que ellos se duerman y salgo [...] Cuando hacía guardia, hacía las visitas todos los días, incluso sábado y domingo; ahora, no. Ahora, sábado y domingo solo cuando tengo un paciente internado o cuando alguno me llama, lo que es frecuente, muy frecuente... Tengo colegas cardiólogos que no hacen consultorio; trabajan solo en el hospital. Entonces, el viernes se van afuera, viajan, vuelven el lunes, y punto final. Pero, el que hace consultorio, especialmente en cardiología, que es un área que hay muchas urgencias —está toda esa mística del corazón, de que es algo grave—, las personas te llaman y —al menos desde mi punto de vista— el enfermo quiere que respondas al biper... yo tengo teléfono celular, pero no les doy mi número, porque también creo que así no da, es demasiado. El teléfono celular es muy poco democrático. El biper es más democrático, porque te da derecho a responder o no, porque no siempre es una urgencia, a veces, es una tontería. El teléfono celular, no, el tipo te va a llamar por un estornudo... El enfermo quiere eso, quiere una respuesta rápida, quiere cercanía y quiere seguridad, quiere

atención. Y quien hace consultorio particular, principalmente en cardiología, necesita ofrecerle eso al enfermo. Necesitás estar cerca, estar sensible... También está el otro lado, la omnipotencia de creer que sos insustituible, que no podés dejar... es difícil.

Nunca pensé en tener un asistente, incluso porque creo que aún no tengo tanto volumen; el volumen está aumentando mucho, pero yo aún no tengo lo suficiente como para —usando un término muy popular— alimentar una boca más.

La enfermedad coronaria es la enfermedad más prevalente en cardiología y en la medicina en general. Entonces, la gran mayoría de mis pacientes son infartados, coronariopáticos no infartados, revascularizados, ya operados... entonces, en primer lugar, es insuficiencia coronaria. Después, hay una combinación ahí entre válvula, arritmia, marcapaso... lo grueso es la cardiología, pero muy tironeada por esa insignia que es la insuficiencia coronaria, que es mi área de trabajo y la enfermedad más frecuente.

Yo hago mucha clínica también. El cardiólogo es uno de esos especialistas que hace clínica en el consultorio. Cardiólogo, ginecóloga, nefro, pneumo, infectólogo, geriatra son personas que hacen clínica en el consultorio, que atienden pacientes, hacen una especie de medicina familiar.

Si yo digo que yo los atiendo, se quedan conmigo... y se quedan de verdad. Sino, lo discutimos. Y hay áreas que no se invaden, ¿no? Pediatría, ginecoobstetricia, psiquiatría... Aunque haya muchos colegas que se meten con psiquiatría, yo, no; evito recetar antidepresivos... y los derivo. Pero pneumo, endócrino, gastro...

En mi área, el síntoma más frecuente es dolor torácico. Entonces, le explico a la persona que el proceso diagnóstico es exactamente ese, que la medicina no es una cosa exacta, que yo tengo que lidiar con probabilidades hasta llegar a un diagnóstico. Que él me contó eso y eso y, a partir de la información, yo creo esto, eso y aquello... y vamos definiendo el diagnóstico ya, o no... Ahí, viene la tercera parte, que es la decisiva. Te sentás con el paciente y le explicás cuál es tu estrategia, a qué punto llegaste y para dónde vas a ir, en términos de avances en la investigación. Es muy frecuente pedir un examen de laboratorio, o incluso pedir para observar y quedarse durante 10 días prestando más atención a lo que está sucediendo, anotar a qué hora está sucediendo, cómo sucede, si mejoró, no mejoró, como está yendo... O, a veces, pido exámenes y marco otra consulta para cuando los exámenes estén listos. Y ahí vemos cuál es el siguiente paso [...] Les pido electrocardiograma a todos los pacientes, es un examen fundamental; en cardiología, es difícil tratar al paciente sin tenerlo. Las enfermedades cardíacas tienen muy poco de examen físico, tienen mucho de anamnesis. El estetoscopio es muy bueno para la presión, para escuchar, pero es muy pobre. El examen físico es importante en valvulopatía, pero en enfermedad cardiocoronaria, que es el pilar de la cardiología, muy poco...

Desde que me gradué hasta ahora, los conocimientos cambiaron, en medicina y en cardiología, las cosas cambiaron. Desde el punto de vista científico, cambió mucho. Cambió porque la ciencia evolucionó. En el consultorio, cambió desde el punto de vista tecnológico, porque a mí me presionaron para tener más equipamiento, para garantizar una mayor aceptación, mayor adhesión. Compré la computadora, compré después el celular... y me estoy adaptando a una realidad nueva. Yo también cambié, porque estoy más viejo, tengo más experiencia, estoy más seguro; pero yo creo que el estilo de tratar al paciente todavía sigue siendo el mismo; esencialmente, es el mismo o tal vez sea lo que menos cambió...

Cuando abrí el consultorio, compré un electrocardiógrafo, que es un equipo fundamental, lo primero que se compra. Ya tiene diez años, está medio viejito... [...] La otra cosa que compré

fue un aparato que mide el colesterol total y fracciones, triglicéridos y glucosa... El aparato es caro, lo traje del exterior. Dos cosas que me preocupan mucho son la adhesión y la prevención, y el gran problema del seguimiento, del monitoreo de estos pacientes que es pesado. [...] Teóricamente, hay tres tareas: la primera consulta, el laboratorio y volver a mi consultorio. Ahí, si yo instituyo un tratamiento, sea una dieta o un medicamento, el enfermo tiene que volver después de 60 días y repetir el mismo proceso.

Yo gané mucho, en términos de adhesión, en el momento en que compré ese aparato, porque él hace el análisis en la punta del dedo; no es necesario un ayuno prolongado, por su metodología no se requiere de un ayuno prolongado. Además, ya está comprobado, que tiene una alta equivalencia con el test de los buenos laboratorios particulares. Eso lo torna un instrumento poderoso, es pequeño, pero mejoró mucho la adhesión con eso, porque yo mismo lo hago y me quedo conversando con el paciente, sobre la dieta, recetas... no sé, sobre todo. Le doy el resultado, leo el resultado frente suyo, y ya le doy el tratamiento. [...] Agiliza el proceso y mejora la tolerancia, la adhesión, que es exactamente lo que yo quiero. El fax no es aparato médico, pero, en fin, se compró, entre otras cosas, para agilizar, para recibir exámenes de pacientes, otros exámenes que el cliente quiere mandarme o algún tipo de correspondencia. A veces es necesario un test ergométrico, pero lo mando hacer afuera, porque el aparato demanda un gran espacio y también mucho tiempo de quien hace el test y hace el seguimiento del paciente. Y sé de colegas que compraron el aparato, pero mandan al paciente a hacer el examen afuera.

Informaticé el consultorio. Hasta hace unos seis meses, tenía una notebook en el consultorio, y mi secretaria tenía un software que contenía la historia y el examen físico de todos mis pacientes. Así, si el paciente se sentía mal en algún lugar, yo tenía el disquete con mis pacientes y esa computadora portátil, yo cargaba para un lado y para otro. Tengo mil pacientes y tengo las mil fichas escritas a mano, porque escribo mucho más rápido a mano que en la computadora. Después, mi secretaria, al final del día, pasaba esas fichas a la computadora. Yo miré varios softwares y no podía comprar el software americano porque ella no habla inglés y ella es la que iba a digitalizar. De los softwares brasileños, ninguno era bueno, hasta que encontré uno que era relativamente simple, bueno, y lo compré. Pero un día, “se colgó” —no sé qué sucedió, es posible que yo haya hecho alguna tontería, algún comando equivocado— y, en la secuencia, yo perdí el original y la copia. El software, que todavía lo tengo, pero todos los pacientes que estaban digitados, los mil, “se borraron”. Yo intenté encontrar la empresa —tres años después de comprarlo—, busqué a la empresa, y había quebrado... Una maravilla este país; realmente, es una maravilla. Yo pagué caro el software, y sucedió eso.

Parece que el cardiólogo es el médico que utiliza más la computadora, el 3% de los cardiólogos, mas es una cuestión de tiempo, de aquí a quince años, ese número, de 3%, va a estar en 90%. Mi última adquisición —en realidad, me la regalaron— fue una Pentium con CD-ROM, a cambio de un servicio. Un laboratorio hace una investigación de mercado, invitó a algunos médicos interesados en informatizar el consultorio, me invitaron y yo acepté. Ellos están haciendo un CD de apoyo para el cardiólogo. Y yo estoy haciendo la parte teórica... aquello que creo que es importante dentro del consultorio, aquello que creo que va a ayudarme. Por ejemplo, siempre le explicamos al paciente cuál es el lugar de las obstrucciones de las coronarias, hacemos el dibujo del corazón, pero yo no sé dibujar, entonces, compré un corazón de plástico, pero nada mejor que mostrar eso en la pantalla de una computadora, de forma tridimensional. Hay algunas cosas hechas con sentido del humor, porque es mucho mejor lograr que

te esfuerces por una calidad de vida, si yo tengo una forma humorística de mostrar la dieta, el tabaco, algunas cosas para usar en el intervalo, mientras yo salgo un minuto, para atender al teléfono, el tipo ojea eso. Y se queda en la sala de espera mirando eso... Es un CD de apoyo, en vez de ponerme a hacer dibujos o mostrar porcentajes, muestro imágenes, pequeñas pelucitas al paciente.

Los médicos hablan con dificultad... hablan mal... Entonces, yo creo que una de las formas de corregir eso es buscar un nuevo instrumento, un traductor. Eso es muy frecuente, alguien de la familia se va a operar, y sos "cristo" porque sos médico, entonces, te corresponde ir allá, averiguar, pedir opinión... Aunque no tenga nada que ver con tu especialidad, pero entendés lo que ellos hablan, estás "del lado de allá". Una cuestión importante es que no todos los médicos comunican a los pacientes del mismo modo lo que tiene el paciente, cuál es el pronóstico... Yo, a menos que el paciente me exija saber todo, y él siempre te dice eso, te lo muestra, directa o indirectamente, para él, soy siempre optimista. Yo cuento el problema, pero no digo que el futuro es negro. ¿De qué sirve que le cuente a un señor de 80 años que puede tener muerte súbita? Él va a enloquecer. Debemos contar, hablar con la familia, siempre ser sincero y contar todo, porque la mentira tiene patas cortas. El enfermo te va a descubrir, y eso ya me sucedió varias veces, principalmente cuando estás trabajando en equipo. Yo no era el líder de equipo, me llamaron para opinar, dije una cosa, y el otro dijo otra completamente diferente, la familia perdió la confianza, en el acto. En las puertas del siglo XXI, ningún ser humano confía —confía hasta cierto punto—, porque existe mucho recelo; entonces, perdés al cliente y disminuís la eficiencia. Entonces, yo cuento, explico, y creo que el CD me va a poder ayudar en eso...

Capítulo 9

Desafíos y dilemas de una profesión en crisis

A partir de los cambios que sufrió la práctica médica con relación a la estructura de la atención y la organización de los servicios, además de su mercado de trabajo, se producen otros cambios vinculados a la identidad profesional. En contraste con el desarrollo de la ciencia, en una investigación nacional, los médicos brasileños expresaron pesimismo profesional, incertidumbre en cuanto al futuro y escepticismo respecto de la competencia técnica, lo que llevó a los autores del estudio a formular una curiosa síntesis de esa discrepancia: *“la medicina va bien, los médicos, no”* (Machado *et al.*, 1996).

Mucho más que la repercusión de los cambios en las condiciones de trabajo, ese modo de presentar el pesimismo de los médicos expresa una crisis de identidad profesional en la medicina tecnológica, problematizada en parte desde su implementación: médicos y medicina ya no son más equivalentes. No representan lo mismo, tanto para los pacientes, como para los propios médicos.

Se estableció una especie de ruptura entre conocimientos y recursos tecnológicos, por un lado, y los profesionales y su modo de actuar, por el otro. Todo sucede como si los primeros fueran totalmente independientes de los médicos. Es verdad que, de un modo relativo y hasta cierto punto, de hecho es así, pero se está configurando como una independencia absoluta. Los médicos habrían pasado a ser meros aplicadores de los conocimientos, preferentemente, siguiendo rutinas de procedimientos constantes, sin grandes interferencias personales, para mejorar la uniformidad de sus intervenciones. Ante un caso, dejaron de ser los intérpretes de la medicina. Y por eso, la competencia profesional para hacerlo dejó de ser, para el médico, así como para el paciente, una garantía de mayor seguridad y certeza en el complejo y difícil juicio clínico. Esa garantía, que respalda también a un juicio de calidad, estaría ahora en la presencia de los recursos tecnológicos, porque al derivar directamente del conocimiento científico, el papel del médico queda en segundo plano.

Pero ese problema es exactamente la cara profesional de la despersonalización del cuidado y de la práctica impersonal. Los médicos viven esa situación como un conflicto, de un modo tenso, y se trata de una tensión permanente del trabajo, porque hay una oposición de factores esenciales.

La medicina es una práctica basada en interacciones y en la confianza recíproca entre médicos y pacientes y entre profesionales. Es necesario aproximarse al enfermo, interactuar para conocerlo y conquistarlo, para saber proponer una

intervención cuyo éxito también depende del otro. En función de esa base personal, se puede concluir que la autonomía técnica en la práctica de la medicina es factible en la medida en que persista su proyecto o modelo clínico, el cual se ve cuestionado en la actualidad, dado que el ejercicio de esa autonomía resulta muy conflictivo.

Ese ejercicio autónomo, más restringido que el de la medicina liberal, está atravesado hoy por tensiones; especialmente, porque la aproximación con el paciente se ve dificultada por las nuevas relaciones impersonales de poca interacción. Los médicos viven cotidianamente esta circunstancia y hace que su vida laboral sea desgastante. El problema que ellos se plantean es cómo superar esta situación: si no es posible recuperar una posición de base personal, como ocurría en la antigua práctica, ¿cómo reconquistar la confianza mutua?, ¿cuáles serán las formas de interacción apropiadas?, ¿cómo insertar en el trabajo momentos de expresión personal menos desgastantes y más soberanos?, ¿cómo retraducir todo eso en el ejercicio de una profesión, al interior del mercado de trabajo?

Los médicos entrevistados¹ se hacen esas preguntas. En sus relatos, los lectores pueden compartir los desafíos y dilemas que representan.

Ser médico

En la medicina tecnológica, ser médico pasa a tener múltiples significados, que corresponden a la multiplicidad de situaciones laborales. Esas situaciones representan no solo una diversificación de las prácticas, sino también una jerarquía de valores en la profesión. Las imágenes que se desprenden de ellas representan modos más o menos importantes de ser médico en la medicina contemporánea. Y, como cada médico enfrenta múltiples situaciones, cada uno en forma individual combina diversos sentidos para identificarse a sí mismo y a los otros.

El más clásico de ellos es sin duda la medicina-sacerdocio, en que el médico es el “hombre que sirve a los otros”². Altruismo, vocación y acceso al conocimiento y a la tecnología a través del esfuerzo individual, ya constituían la percepción que tenían los médicos acerca de su profesión. En cuanto a su ejercicio, se consideraba como resultado de la disposición personal para armar el consultorio, esperar a los clientes, estar disponible y ser atento y, por sobre todo, ser dedicado y responsabilizarse por sus enfermos. En síntesis, cuidar.

Otra concepción, que se agrega ya en la Modernidad, es la de la medicina científica: ser médico era ser “hombre de ciencia”. Sin embargo, en consonancia con las posibilidades tecnológicas existentes hasta por lo menos los años sesenta, era

¹Se hace referencia a los siguientes entrevistados: el doctor Antonio, el doctor César, el doctor Danilo, la doctora Cristina, la doctora Alice, el doctor Diego, el doctor Armando y el doctor Bernardo.

²La expresión “hombre que sirve a los otros” se refiere tanto a mujeres como a hombres de manera genérica y forma parte de la tipología creada en este estudio para designar a los diversos modos de ser médico o médica: hombre de ciencia, hombre de muchas ocupaciones, hombre emprendedor, hombre trabajador, hombre práctico, hombre de trabajo aislado.

más común que ejercieran y se vieran como cuidadores que como agentes técnico-científicos. En ese contexto, “ser médico” significaba “hacerse médico”. La elección de la profesión implicaba decidir “renunciar”, sacrificarse; una vida de esfuerzos y dedicación, compensada por el alto estatuto social del que gozaba el médico. Esa base más personal también representaba la posibilidad de éxito en la profesión y, como trabajador social, independencia para producir sus servicios, reconocida autoridad social y elitización en la jerarquía del trabajo, con las correspondientes ventajas materiales. Así, a través de esa misma imagen de conquistas que dependían solo del comportamiento y del desempeño personal, la medicina significaba ascenso social y realización profesional conquistada a través de la competencia individual.

El conjunto de estas características definía la “nobleza” de la profesión, entendida como “una vida dedicada a las ‘buenas causas’”, lo cual es profundamente diferente a un negocio, tal como se lo concebía en la conformación de la medicina liberal. Aunque su técnica fuese manual —como en las ocupaciones en general— y relativamente menos dependiente que hoy del conocimiento teórico científico, y estuviera respaldada por saberes esotéricos, la existencia misma de un saber que la fundamentaba y el desarrollo de un sentido de responsabilidad correspondiente a ese saber podría caracterizar la intervención médica como profesión. En cuanto a la responsabilidad y la honradez, lo importante era el tipo de saber que fundamentaba la acción del trabajador —si era complejo, difícil y profundo— y la presencia de una ética profesional. Esa conjunción llevaba a que la dimensión de servir al otro se apartara del mero hecho de trabajar, dado que servir era una situación de mayor valor justamente porque era desinteresada, un no negocio. Por eso mismo, ciertos trabajos que incluso eran técnicamente muy parecidos al trabajo médico se diferenciaron de este por su carácter más comercial, tal como sucedió con los farmacéuticos y los ópticos, por ejemplo (Nogueira, 1967).

En la medicina tecnológica, ser un hombre de ciencia y ejercer porque se ve la importancia de lo que se hace, para los entrevistados, aún es la imagen de la profesión. Y aunque la autosuficiencia y el dominio del trabajo parezcan, ahora, estar menos garantizados, se consideran posibles y algo a ser buscado. Por eso, muchos eligieron la medicina en detrimento de actividades mecánicas o totalmente mercantiles y que no tienen una marca personal. También la eligieron por la importancia de sus conocimientos científicos y de sus intervenciones tecnológicas.

Una cosa que observé es que mucha gente estudia medicina sin tener idea de lo que es ser médico, cómo es la actividad del médico. Pero, en términos de elección profesional —es gracioso—, yo nunca tuve dudas. Y, hasta hoy, con todas las dificultades de ser médico, yo no consigo pensar qué haría si no fuese médico... No me veo como dueño de un comercio, o ingeniero, o cualquier otra cosa... Ese lado de lidiar con las personas, cuidar, no ejercía para mí ninguna atracción en esa época, incluso porque no tenía idea de la intensidad del contacto. Hoy, es algo que me gusta mucho. Creo que tiene que ver con mi especialidad. Ser clínico, para mucha gente, es pesado; para mí no, a mí me gusta. Creo que es interesante, curioso... Pero al momento de optar, yo no tenía idea de qué era la práctica del médico. Lo que más me atrajo fue el lado científico, el conocimiento, y no la práctica. Y yo nunca tuve la sensación de ser bueno con las manos, de ser hábil. Y tampoco nunca dije: “me siento bien ayudando al prójimo, por ejemplo”. (Doctor Danilo)

La opción de medicina, resulta difícil hablar sobre esa opción, porque yo tenía 17 años, e intentar recordar cómo pensaba en aquella época no es muy fácil. Creo que fue a causa del significado de la medicina, en el sentido de una cosa austera, seria, imparcial, supuestamente. Las cosas complejas ejercen una cierta atracción en las personas. Las personas que estudian, que están haciendo el colegio, el examen de ingreso a la universidad, tienen una atracción por las cosas complejas. Tal vez haya incluso una historia sobre el estatus económico también, pero creo que no tanto. (Doctor César)

Yo decidí ser médico porque... Creo que tuve una gran influencia del padre de un amigo mío, de la infancia, que conocí cuando tenía siete, ocho años, y el padre de él era médico. Era profesor... Yo crecí viendo la carrera del padre y admirando el cariño que les daba a los pacientes. Estuve cuando él defendió la docencia³, después, cuando él pasó a ser profesor adjunto... Todo eso generó un halo de que era una profesión medio especial. Tengo la impresión de que él tenía una carrera muy exitosa, financieramente también. [...] No es que mi padre no fuese un ejemplo de vida, muy por el contrario, a nivel personal, totalmente. Mi padre se graduó en economía, pero tuvo que hacerse comerciante, y la parte de lidiar con los clientes y el comercio era mucho más sufrida. Nunca me sentí atraído por el negocio de mi padre. Yo creo que me interesé por la medicina porque era algo difícil, un campo muy grande para investigar. Hay tantas cosas aún por hacer. Veo las otras profesiones mucho más cerradas, en términos de futuro. Tal vez sea ignorancia de mi parte —yo no conozco bien las otras profesiones—, pero creo que la medicina tal vez sea una de las profesiones que ofrece más campo, en términos de investigación, de cosas nuevas por hacer. Su evolución en los últimos años muestra eso nitidamente. Lo que no sucede, por ejemplo, con otras profesiones, fuera de la informática, que es una cosa nueva. (Doctor Diego)

Muchos combinan esa imagen con el hecho de haber estado cerca de médicos, o ser hijos o parientes. Esa base familiar en la profesión médica es aún muy común (Machado *et al.*, 1996). En la práctica liberal, es curioso cómo eso reforzaba la imagen ética de la práctica. Para los pacientes, era la razón de la existencia de la propia vocación, por lo que podían transferir automáticamente su confianza: si confiaban en determinado médico, era natural que confiaran en un pariente, portador del mismo “don familiar”. Esa percepción se ajustaba a la práctica liberal porque, en la medida en que era más dependiente de la subjetividad y de la interferencia personal del médico, el comportamiento moral y el aprendizaje en el ámbito familiar eran constituyentes de la conducta profesional.

Eso no significa que la medicina no dependa más de esa conducta. Al contrario, la ética y la moral son estructurales de la acción médica. Pero en la medicina liberal fueron tan necesarias que permitieron caracterizar la técnica como una intervención moral dependiente. Sin embargo, en la actualidad, no cabe duda de que ser médico es depender de engranajes tanto institucionales, como mercantiles. Se trabaja en estructuras más colectivas, que remiten al proceso de interdependencia y complementariedad objetiva de los actos médicos en razón de la especialización, aunque persiste la forma individualizada de producir servicios, tal como la consulta médica.

Por eso, ser médico es aprender solo y también con otros. Por un lado, es aprender a fortalecerse como alguien que sabe juzgar y decidir solo, pues aún está en vigor esa

³Se refiere a la defensa del título de libre-docencia que, en San Pablo, es un título posterior al doctorado.

cultura de la práctica solitaria, construida en razón del pragmatismo exigido por la medicina y que aún se espera del profesional: que sea un “hombre práctico”. De allí que intervenir siempre, haciendo algo, se mantenga como un referencial incluso en la medicina tecnológica, aunque la noción de pragmatismo haya adquirido un sentido diferente del que tenía en la medicina liberal. Y ser un “hombre práctico”, aunque eso dependa de otros en esa medicina especializada, todavía es una acción de iniciativa individual.

Por otro lado, sin embargo, el profesional debe aprender a compartir y a asociarse, estableciendo conexiones con otros individuos y con otros recursos que superan su propio conocimiento y habilidad.

En la medicina siempre existió una cierta asociación entre pares, un espíritu de corporación y de categoría profesional. Por lo tanto, aunque compitan en el mercado, se ayudan mutuamente. Pero si por exigencia de las organizaciones o de las estructuras mercantiles, gradualmente, van perdiendo la posibilidad de aislarse en su consultorio particular, la asociación también cambia su sentido: los médicos pasan a dividir momentos y espacios técnicos con otros y a relacionarse con mecanismos estructuradores de su intervención que son independiente de su dominio.

Para hacer frente a eso, deben aprender los mecanismos del engranaje, que pueden ser bastante explícitos, como las acreditaciones del consultorio, o más sutiles e informales, como las redes de supervisión técnica, en las que el acceso a ciertos puestos está controlado directamente por los propios médicos, en general, más viejos o con más experiencia. Eso funciona como un aprendizaje a futuro y también expresa un control sobre el mercado de trabajo. Y esa es la primera experiencia, incluso en la carrera, acerca de que ser médico es tener un buen acceso y participar del engranaje.

El currículo paralelo, por ejemplo, ya fue sinónimo de un aprendizaje de libertad: en la medicina liberal, fue un estímulo a la iniciativa personal, un aprendizaje del discernimiento clínico y de la responsabilidad personal para con la decisión tomada. En la medicina tecnológica, se adiciona el aprendizaje de las estructuras, pero aún sostiene, al menos hasta fines del siglo XX, el plano personal como ejercicio de autonomía. Las redes de supervisión de aspectos de la práctica profesional se desarrollan entre médicos: la disciplina de la vida en las grandes organizaciones y el cúmulo de experiencia clínica individual, valorizan el aspecto personal de la práctica.

La época de la facultad fue muy buena. Creo que, sin querer usar jerga, es la mejor época de nuestra vida... En términos de la profesión, se dieron una serie de decepciones, incluso porque idealizábamos a la propia universidad, como una cosa así, todo perfecto, y tendés a idealizar que todos están preocupándose exclusivamente por el alumno, por la investigación y por la ciencia y por el paciente... Yo tuve una condición peculiar en mi formación que, desde el primero año de la facultad, yo me incorporé a un equipo quirúrgico... Comencé, en primer año de la facultad, como instrumentista de cirugía, después, a partir del tercer año, como auxiliar, y nos pasamos todo ese tiempo visitando pacientes y atendiendo pacientes de la clínica particular de ellos. Entonces, yo tenía una visión, en realidad, de una relación médico-paciente especial, que es tu paciente, al que le gusta el médico, al médico le gusta el paciente, se conocen

por el nombre, conoce a la familia... Entonces, en mi cotidiano durante la facultad, yo tuve una experiencia que otros colegas no tuvieron... [...] entraban dos estudiantes universitarios cada dos años. Entonces, en realidad, por ejemplo, de cada grupo entero, solo dos tenían chances de trabajar. Había varios equipos quirúrgicos. Había otro profesor, que tenía un equipo mucho más grande, pero el esquema era completamente diferente. Yo creo que incluso a ellos los usaban más como mano de obra, de lo que aprendían o les enseñaban, como hacían los profesores con quienes yo trabajé. En realidad, ellos nos enseñaban desde cómo agarrar un bisturí hasta a entrar a la sala y ver cómo examinar al paciente y la relación, incluso, personal. Me quedé en ese equipo hasta fines de sexto año. No era un equipo fijo. En otros equipos, algunos volvieron, incluso a nuestro equipo, algunos más viejos, dependía de si coincidía... Si había espacio, hasta podría haber vuelto al equipo. Mi primero empleo, me lo consiguió ese profesor...

Yo diría que, inicialmente, mi inserción en la cirugía fue más una oportunidad que una elección. Después, terminás tomándole el gusto. Yo siempre tuve habilidad manual, aunque nunca lo hubiese pensado eso antes. En realidad, no sabía claramente, no conocía bien las especialidades de la medicina. No tenía una noción clara de lo que era. Y terminó gustándome la cirugía, y se dio también el hecho de estar con una carrera encaminada. Ese currículo paralelo hizo que todo fuera mucho más accesible para mí, la residencia se facilitó mucho más, yo era la persona "esperada". Tanto que entre los miembros del equipo que no siguieron cirugía..., hubo una cierta decepción, porque hacían una inversión muy grande en esas personas para que ellos fueran cirujanos, y esa inversión no dio sus frutos. Entonces, hubo cierta comodidad también en el sentido de elegir una carrera más simple, más fácil, medio pavimentada, ya... Yo creo que me sentía más realizado en esa parte paralela, porque trabajábamos como médicos, prácticamente. A pesar de que éramos estudiantes universitarios, trabajábamos como médicos, y era esa medicina la que yo idealizaba, la medicina que yo soñaba que yo iba a poder ejercer. A mí me gustaba la facultad, lógico, y está la cuestión de la vanidad, también, que siempre tenemos que tener en cuenta. En realidad, éramos muy considerados en mi clase, por ejemplo. Los colegas sabían con quien trabajábamos, y era algo medio conocido entre los alumnos. Ser miembro del equipo del que yo formaba parte era una cosa... Tanto que los alumnos que estaban entrando a la facultad nos asediaban, porque los que seleccionaban no eran los profesores o los jefes del equipo, eran los alumnos que estaban en tercer año quienes elegían al que estaba en primero. Entonces, está esa cuestión también, que terminabas sobresaliendo también por esa causa.

Yo fui elegido para integrar el equipo justo a mitad de primer año, pero yo no creo que haya sido por una evaluación de notas. Creo que era el contacto con los alumnos, el temperamento, el carácter, si tenías buen humor o no. Era el de tercer año el que elegía... Es difícil, seguro, y la responsabilidad de elegir es muy complicada, porque, cuando elegís alguien que no trabaja bien, en realidad, terminás perjudicándote mucho. Más allá de que te quemás con los jefes, que dicen "vos no tuviste la capacidad de elegir". La decisión es difícil, pero funciona tan bien, que yo fui creo que la quinta o sexta generación, y, desde entonces hasta ahora, se sigue haciendo, incluso aumentó mucho el equipo y ahora se realiza todos los años. Terminás sintiéndote un poco hijo de los jefes del equipo... Agarran un montón de posadolescentes y los ven crecer; te agarran de la manito, te enseñan, hacen la primera cirugía con vos... (Doctor Diego)

Así, esa relación más informal, entre iguales, se inicia también en los tiempos de la escuela. Allí, el médico sabe que pertenece a un grupo, en el que, sin embargo, no se

disuelve ni él mismo, ni su individualidad y ni la marca personal de su accionar. Se trata de una categoría de individuos que trabajan aún solos, pero que se unen porque tienen en común la necesidad de lidiar con problemas complejos, y cada uno tiene que saber resolver sus dificultades, por lo que estar solo es difícil para todos ellos.

A mí incluso me gustaría tener un consultorio colectivo, pero es una cosa muy complicada, ¿no? Tener socios es una cosa muy complicada, siempre genera conflictos. Porque yo creo que es más agradable y creo hasta que, desde el punto de vista de la filosofía de trabajo, tener varios especialistas en el consultorio da la posibilidad de intercambiar más ideas, de mandar a un enfermo al otro, y que sean personas en las que puedas confiar. Cada día más, somos más hiperespecialistas. Entonces, digamos que, se hubiese un hepatólogo, por ejemplo, podrías decirle al paciente "Mire, yo no estudio más eso, yo no estoy superactualizado. Vaya a la sala de al lado, no necesita ni perder su tiempo". Creo que sería lo ideal, pero es muy complicado. La medicina de consultorio es un poco solitaria... (Doctor Diego)

La facultad les impone a las personas una cierta maduración. Por ejemplo, cuando entrás en la facultad, en primero o en segundo año, sos alumno aún, es como una continuación del colegio. En tercer año, el hospital. Dividido en grupos, por orden alfabético, entrabas en el hospital-escuela, ibas a parar a los quemados, a endoscopia, la UTI, en fin, a distintos lugares del hospital. [...] La residencia se dividía en "panelas"⁴ y siempre había peleas. Después, la elección de quién va primero a qué prácticas, me acuerdo que se armó una pelea razonable, porque nadie quería agarrar cirugía a fines de sexto año, por el examen de residencia, cirugía era el más pesado, y nadie quería agarrar. Siempre se generaban peleas. Pero, en la residencia, por suerte, caí en una "panela" muy buena. El médico es muy raro que trabaje solo, incluso porque es muy malo para él, porque siempre tenés que discutir alguna cosa con alguien, algún caso, entonces, él acaba haciendo su "panela"... Había un montón de japoneses, y lo llamábamos "japanela"... y uno ayudaba al otro, le daba una mano. Puedo decir que fue muy tranquilo, en gran medida, a causa de la "panela". (Doctora Alice)

Las famosas "panelas" no son solo acuerdos sobre prácticas, sino que son formas estables y duraderas, aunque informales, de dirigir y regular actividades en el mercado. Aun en la medicina tecnológica, casi todos los médicos entran al mercado por invitación de colegas conocidos, derivan casos y reciben pacientes de conocidos. Y, cuando se asocian, lo hacen, preferentemente, también con conocidos, y ese conocimiento es en gran medida una afinidad personal, aunque no exclusivamente. En cuanto a este último aspecto, llama la atención que, en la medicina tecnológica, ningún mecanismo corporativo regulatorio de la práctica haya sustituido la antigua forma liberal, en la que los médicos ejercían ampliamente el control de las actividades e incluía la calidad del cuidado prestado. Además, su significado no era exclusivamente de control, sino que también era de apoyo y colaboración frente a la compleja y difícil decisión clínica. Se hacía una intensa vigilancia de la práctica, en el sentido de orientar, colaborar, supervisar y fiscalizar, por medio de las asociaciones

⁴Si bien el término "panela" significa "olla" en español, en este caso expresa la formación de pequeños grupos de estudiantes de una misma cátedra de la facultad y que siguen juntos durante años —en general, los dos últimos años de la escuela de medicina— en el aprendizaje clínico de la práctica hospitalaria.

de médicos de tipo *tutelar* y en las *redes de confianza* que se formaban. Estos procedimientos —en los que era frecuente pedir a los pares apoyo, opinión o seguimiento conjunto de casos— conformaban mecanismos de base personal que cubrían, además, las necesidades técnicas, dado que aún se trataba de demostrar la eficacia de una medicina científica. Por otro lado, los adoptaba toda la categoría en su conjunto, pues la técnica de entonces no estaba recubierta de la *certeza tecnológica*, lo cual generaba un sentimiento de necesidad de acompañamiento permanente e intensivo de los procedimientos y de los resultados.

En la medicina tecnológica, los procedimientos de base personal ya no tienen ese significado. Las asociaciones entre pares para colaborar en los procedimientos técnicos y en el uso de la tecnología, por ejemplo, tampoco tienen el mismo peso o la misma frecuencia en la categoría en su conjunto, frente a la seguridad que la tecnología parece proveer. Cuando ocurren, son situaciones muy particulares y, así, los médicos más actuales, en lo que respecta a los modos de realización de las actividades profesionales, si bien afirman la persistencia de ciertos mecanismos o procedimientos apoyados en el plano personal, silencian los que apuntan a una base tecnológica, lo que podría suceder por dos razones diferentes: creen que esa base tecnológica aún está respaldada por esa base personal (como parece ser, para algunas cuestiones) o creen que el uso de la tecnología no demandaría ningún tipo de regulación exterior a la propia técnica de manejo, por lo que basta con aprender a emplearla para un buen uso. Este aprendizaje, a su vez, muchas veces se presupone que se obtiene con un título de especialista o en la escuela en que el profesional se recibió y hace, por ejemplo, su residencia médica. Esas cuestiones, que serán retomadas más adelante, presuponen la visión de la tecnología como un bien en sí y el sentimiento de seguridad que aporta la existencia de equipamientos y dispositivos tecnológicos, desde su invención. Así, para ese modo de ver la tecnología y su uso en la práctica profesional, para ser un buen médico (que hace un buen uso de la tecnología), bastaría con un adiestramiento en un centro de punta.

Cuando entré al hospital del plan de salud —mi primer empleo bueno, el primero como médico de guardia—, dábamos cobertura tanto en la UTI pediátrica como a todo el sector de pediatría del hospital. Se hacía de a dos. Yo entré junto a otros colegas de la residencia, entonces, quedó todo en familia. También, como dije, me invitó alguien del hospital escuela que ya estaba allá. Y después, con el paso del tiempo, un montón de gente se fue yendo y entrando, y quedó un grupo, incluso del grupo inicial, que eran los que estaban en la UTI, digamos que no dirigían, no es como un trabajo diario, pero terminamos agarrando los horarios, digamos, más nobles. Ya estamos hace 10 años. Y son las personas de mi grupo... (Doctor Armando)

Entré a la residencia y yo conocía a un médico, que había sido alumno de mi padre, que me dijo: “Creo que tenés que hacer guardia en el mismo hospital que yo —es un gran hospital privado—, en la UTI. A vos te gusta la UTI”. Y me presentó al jefe de la UTI del hospital. Me quedé durante unos seis meses practicando. “sapeando”⁵⁴ cosas, y terminaron convocándome para ser médico de guardia. Me quedé trabajando tres

⁵⁴“Sapear” significa estar presente y observar lo que hacen los otros.

años, desde 1987 a 1990, y fue una gran oportunidad, porque ya estaba recibido, entré en la mejor guardia paga de UTI, aprendí un montón de cosas, agarré una buena mano, y fue eso que me respaldó al punto de yo pude pedirle casamiento a mi mujer, en 1987, y tenía un sustento financiero. (Doctor Bernardo)

Abri el consultorio en 1990. Primero, alquilé una salita, a la que iba una vez por semana, para atender a los parientes. Era una clínica que tenía unos 50 médicos, alquilaba una sala por hora. Mientras yo trabajaba en el hospital particular, en la guardia, comencé a interactuar más con un oncólogo, que quería a alguien que hiciera clínica, que lo pueda ayudar a ver sus enfermos, atender las complicaciones. Ahí, comencé a trabajar un poco como su compinche, es decir, el médico era él, el paciente era de él, pero si surgiera una complicación a la madrugada, iba yo a verlo, hacía el parte, y así. Entonces, me empecé a involucrar, iba a ver a los enfermos diariamente. Él solo usaba el consultorio dos días por semana y me invitó para usarlo los otros días. Era un consultorio en Avenida Europa, súper bien montado, de lo mejor; y yo, era un pibe. Y algunas personas que iban al consultorio se impresionaban. Hasta hoy, nuestros consultorios están juntos. Sigo acoplado al consultorio del oncólogo. Mi situación es muy privilegiada, porque el problema del consultorio, en un comienzo, es que no ganás nada y necesitás invertir, pero comencé a usar el consultorio sin pagar nada y sigo así hasta hoy, nunca invertí en un consultorio, nunca puse dinero mío. Conocí a ese oncólogo en un hospital privado, atendí a un paciente suyo en una emergencia. Era de madrugada, yo estaba de guardia, y una cosa que tenés que hacer es llamar por teléfono al médico del enfermo y discutir la decisión con él, aquella cosa de la supeditación del médico de guardia. Pero ni se me ocurrió hacer eso porque era una complicación pulmonar, la paciente estaba con una hemoptisis fuerte, y yo fui haciendo las cosas ¿no? Ahí, él llegó a la mañana, para visitar a su paciente, y yo había pasado toda la noche con el enfermo, y había mejorado... Fui a conversar con él, a pedirle disculpas, pero a él le pareció muy bien, me dijo que ni siquiera estaba en su casa y me preguntó si yo no quería hacer eso con otros pacientes, también. Entonces, comenzamos a trabajar juntos, y nos hicimos muy amigos. (Doctor Danilo)

Esa asociación específica entre pares es, al mismo tiempo, algo que se reconoce como entre iguales y entre no iguales. Se encuentran aquí los elementos de las redes informales típicamente profesionales, o sea, los más viejos o los más especializados enseñan e introducen a los más jóvenes en la sabiduría de la práctica, en el arte de su oficio. Se trata de la *asociación tutelar*, propia de las corporaciones, y mantenida con ciertas modificaciones desde la medicina liberal, a la que hoy se suman otros dos tipos de asociación.

Una de ellas es la que se produce de forma casi obligatoria entre equipos técnicos, como es el caso, por ejemplo, de los cirujanos. No se trata específicamente de la experiencia profesional, aunque esta pueda ser importante en la estructuración del equipo. Se trata de la división técnica del trabajo: todo acto quirúrgico demanda diversas operaciones parciales al mismo tiempo y diversas ocupaciones, desde el instrumentador al anestesista.

La otra asociación se extiende también a otros planos de la profesión y surge como elemento útil en la producción o en la economía de los servicios, en función de los engranajes del mercado, y ya no como necesidad de la técnica. Mantener el consultorio y conseguir a los clientes es lo más visible de esa necesidad de asociación, y ya no se trata exactamente de la tutela, pues puede ocurrir como asociación entre médicos de una misma generación.

Cuando varias generaciones comparten los clientes, es común encontrar una jerarquía entre los más viejos y los más jóvenes, que se extiende a las tareas de la profesión. La base tutelar que preside la asociación en la medicina liberal, aunque persista de algún modo, ya está modificada por otras referencias.

En su relato, el doctor Antonio muestra la relación que establece con su practicante. En el área quirúrgica —y también en otras— es común tener un practicante y haber sido practicante de alguien. Los entrevistados relatan una verdadera carrera al interior de las formas asociativas de los equipos de trabajo, cuyo criterio de ascenso es el envejecimiento, que le confiere al médico el derecho a una vida de trabajo menos desgastante. La idea es economizar esfuerzos y dejar de hacer aquellas cosas menos valoradas —las guardias y las consultas de los clientes por convenio—, pero no siempre las más fáciles, técnicamente.

El tipo de asociación no tiene un equipo jerárquico, sino que es una colaboración entre agentes con una misma autoridad, se da, sobre todo, en la dimensión clínica, incluso entre los médicos de especialidades quirúrgicas.

Yo trabajo con un colega en el hospital, con el que tenemos una disposición rara, es decir, dividimos exactamente todo. Si él interna al paciente, hay días que solo yo paso a verlo, y hay días que pasa él; yo paso por la mañana, él pasa a la noche. Es muy eficiente, porque no hay una cuestión de jerarquía, no es que el enfermo es de él, y yo lo voy a ver porque soy su asistente. [...] Mi socio fue colega mío del grupo y de residencia, ya compartimos consultorio, pero, hoy en día, no. Estamos pensando en volver a estar juntos. También hacemos guardias juntos, en un hospital privado. Somos compañeros todo el tiempo. El único lugar en el que yo trabajo y que él no está es en cáncer. Los pacientes reciben bien eso. Ya tuvimos gente que prefería a uno y, ahí, no resultó. Para nosotros, en nuestra estructura, todo bien si no quiere ese producto que estamos ofreciendo. Pero los pacientes aprendieron y reconocen que es muy bueno tener siempre alguien disponible. Y, como hacemos eso hace muchos años, nunca vamos a ver a un enfermo sin saber lo que está sucediendo, nos hablamos muchas veces por día. Entonces, si él internó a un enfermo hoy a la mañana, él ya habló conmigo; cuando me toca pasar a la noche, le pregunto: “La fiebre que la señora tenía ayer, al mediodía, ¿mejoró?” Entonces, la persona se siente segura, porque lo que podría dejar al paciente inseguro sería la falta de continuidad, y eso no puede ocurrir nunca en una estructura como esta. Creo que ese es el secreto, por eso veo pocas duplas así. En la práctica, hay muy poca gente que trabaja así, de a dos. En los lugares en los que trabajamos, nos reconocen como la dupla. (Doctor Danilo)

Ese aprendizaje es uno de los más difíciles, pues parece ser la contracara de otra característica de la profesión: la de ejercer siempre uno solo. Asociarse, pero mantener la independencia, dividir tareas, pero saber asumir el caso individualmente son aprendizajes opuestos, que deben ser simultáneos y comenzar aún en los tiempos de la facultad, como se vio. Así, ser médico es *ser autosuficiente* y, al mismo tiempo, *colaborador*.

...tenemos conceptos muy similares, aprendimos juntos las mismas cosas, discutimos, llegamos a consensos; entonces, la práctica es muy similar. Sabemos las mismas cosas, ignoramos las mismas cosas, hacemos las mismas burradas, los dos. Y aunque no hablemos, nuestra conducta tiene una continuidad muy grande. Nos reímos de que, si

mañana internamos un asma descompensada, para pasarle el caso al otro, basta con decir que se internó un asma de tal tipo, y que vamos hacer el “esquema dos”, como si fuese una jugada de básquet. Es decir, vos ya sabés lo que el otro hace, lo que él pensó, y así en adelante. Eso facilita. Por otro lado, hay momentos en que yo percibo cosas que él no percibió, él percibe cosas que yo no percibí, y eso se refleja en el paciente. Entonces, está bueno, ¿no? Una cosa es la percepción de lo que se debe hacer, otra es la conducta. Yo puedo percibir mejor o peor que estás teniendo una angina inestable, pero si llegamos a la conclusión de que es una angina inestable, la conducta está más o menos clara. Es decir, creo que puede surgir alguna dificultad diagnóstica, pero no en cuanto a la conducta, que es muy similar entre nosotros, no porque sea uniforme entre todos los neumólogos, sino porque nosotros, de tanto convivir, llegamos a patrones comunes. Claro que la percepción o el contacto con el paciente no son tan uniformes. Pero por la convivencia, llegamos a puntos muy comunes, no es por el conocimiento de libro, sino porque tenemos mucha experiencia juntos. Yo creo que ese modelo de trabajo es muy interesante, no consigo imaginar mi vida sin eso, y creo que es posible trabajar así en todas las áreas de la medicina. La división del trabajo en un equipo depende del conocimiento y de su postura personal dentro del equipo. Por ejemplo, pedís una radiografía, viene el informe y fue otro colega el que lo vio. Pero una cosa es que pidas una radiografía con informe —o sea, la opinión de un colega— otra cosa es que pidas una radiografía, para incorporarla a la historia del enfermo, a la hipótesis diagnóstica que ya tenés. En ese caso, hay que reinterpretar el examen, porque quien hizo el examen no tiene la visión completa del enfermo. Incluso si pensamos en un cardiólogo que atiende a un paciente con insuficiencia cardíaca, que tiene además una patología endócrina —una diabetes— y pide la opinión de un endócrino. El endócrino da su visión, pero aún así, el cardiólogo puede reverla. Eso sucede todo el tiempo. Mi palabra no es ley en neumología; yo puedo dar mi visión, pero otro médico puede estar de acuerdo o no. Yo creo que eso es medio abierto. Entre mi socio y yo, no tenemos conflicto, discutimos todo, pero es muy uniforme y es una situación muy particular. Ahora, creo que la medicina podría hacer eso, en general. (Doctor Danilo)

Trabajar juntos es difícil, el médico es complicado para trabajar con otro, hay que elegir muy bien. Yo tengo personas, con las que se puede trabajar en conjunto. Pero la mayoría de las veces, lo que sucede es lo siguiente: el tipo termina dejando que vos atiendas y se aleja. Eso es muy frecuente. En realidad, casi no trabajás en conjunto, yo trabajo casi solo, y el tipo se queda ahí, para alguna emergencia. Él recibe también, porque él recibe por el convenio, y yo recibo directamente del paciente. Pero son pocas las personas que trabajaron conmigo. (Doctor Bernardo)

La colaboración no siempre sigue criterios de competencia, de buen uso tecnológico o para compartir la actuación técnica. Tampoco deriva de una conjugación de valoraciones de tipo tecnológico o de tipo personal. Cabe recordar que esta última, frecuentemente implica para los médicos una cierta valoración de la cara humanística del ejercicio de la profesión: la interacción entre los sujetos involucrados, o sea, la relación intersubjetiva médico-paciente, médico-médico o con otros profesionales. Sin embargo, en el caso de las colaboraciones actuales, la dimensión personal contempla, sobre todo, necesidades más restringidas al médico individual, y surge como criterio relevante que, más que apoyar las relaciones intersubjetivas, hay que apoyarlo en sus tareas, es decir, lo que ese profesional debe realizar en función de las exigencias de la medicina empresarial: el mercado de trabajo y el consumo de la tecnología. Es por esa condición que surge la asociación como un recurso no dirigido al

trabajo simultáneo y colaborativo, en el que los médicos con diferentes experiencias colaboran en el cuidado de los casos, como sucedía en la antigua asociación tutelar de la medicina liberal, sino que ahora la asociación se hace para el trabajo sustituto.

Vale decir que ya no es tan necesario cooperar, colaborar o trabajar en conjunto en un mismo caso: profesionales con la misma competencia tecnológica solo se sustituyen. Esto refuerza lo que ya se dijo respecto de la base tecnológica y de la nueva visión que forja la buena práctica en medicina, la cual depende casi exclusivamente de la competencia del sujeto en el manejo de las tecnologías, y se relegan otros recursos, sobre todo, el de una mayor experiencia clínica. Así, podría prescindirse de la colaboración entre pares o la supervisión de colegas más viejos, visión que la nueva práctica imprimió también a la toma de decisiones respecto de la propia tecnología —cuándo y hasta dónde usarla—, de modo que, en muchas situaciones clínicas, se prescindiría también de la experiencia de otros colegas en el momento de considerar su indicación en un caso.

En ese sentido, cabe señalar que en la representación contemporánea de “buenos cuidados” y “buena práctica profesional” todas las tecnologías —sobre todo las más recientes y de punta— son invariablemente consideradas bienvenidas. Por eso, parece inconcebible cuestionar la recomendación de su uso, a lo sumo dudar de una “buena indicación”. Dado que siempre se indicaría, el profesional debería tan solo seguir las conductas estandarizadas o los protocolos.

Sin embargo, como ya fue discutido, cabe una cuidadosa ponderación en el uso de las tecnologías para cada caso clínico y, además, reflexionar de un modo crítico sobre las conductas estandarizadas, pues si muchas veces, en efecto, respaldan las buenas prácticas, sobre todo en situaciones de riesgo de vida, de algún modo se extienden a todas las situaciones médicas, indistintamente.

Por otro lado, la nueva configuración del mercado de trabajo que plantea un gran número de lugares para ir y de situaciones para enfrentar, en una ciudad en la que resulta difícil vivir, demanda, o prácticamente exige, ese dispositivo del trabajo sustituto.

En parte, el médico cree poder ser sustituido por un colega, por el propio hecho de no tener pacientes que sean solo suyos, sino clientes institucionalizados. En ese caso, el médico cumple actividades que le parecen que son solo de la institución. Pueden ser transferidas y deben serlo, si fuera necesario.

Hoy en día, básicamente, interno a mis pacientes en el hospital particular en el que hago guardia. También los interno en uno especializado en cáncer, pero menos, y como yo interno por el departamento de tórax, no soy yo el que los ve todos los días. Yo creo incluso que, desde una perspectiva a futuro, en cáncer, dentro de unos años voy a tener que pasar todos los días. Ahí, la carga horaria que yo tengo allá —más o menos, tres horas por día— no va a ser suficiente. Entonces, estoy llegando a un punto en que tengo que decidir lo que voy a hacer.

En el hospital especializado en cáncer, cuando hago ambulatorio, los casos son míos, pero si es necesario internar a alguien, se interna en el marco del plan de salud. Pierdo un poco ese caso pero, de un modo general, el hospital tiene una característica diferente: el paciente es de la institución, él no es mi paciente. Él es mi paciente mientras

esté en la institución, y yo esté en la institución. Yo creo que es una fórmula muy interesante, porque no me vincula, necesariamente, a la resolución del problema del paciente; si yo no lo visito mañana, no va a depender de mí. Es un poco lo que intento hacer con mi socio; los dos los vamos a ver, siempre. Eso, a veces, genera problemas: por ejemplo, el tipo que quiere que yo lo vea. Yo le digo: “No lo voy a ver, si el otro no va a verlo”. Porque no lo veo yo solo. Ese equilibrio es totalmente tenue, por ejemplo, si me pidieran que vaya a ver a un enfermo en un hospital que queda lejos, para mí, es el fin, porque yo tengo que ir a ese hospital a las 5:30 hs de la mañana. En mi esquema, yo paso una hora y media por día dentro del auto, en promedio, que ya es mucho. Leo en el auto —desde historietas hasta libros—, estudio en el auto. Como yo me quedo en el circuito de Paulista, a veces, se congestiona... leo artículos enteros en el auto. (Doctor Danilo)

Sin embargo, la misma imagen que permite verse a sí mismo como un “hombre ocupado” de muchas tareas —y no un “hombre dedicado” a muchos cuidados y asistencias— da a entender que la profesión no debe caracterizarse más como un sacerdocio, por lo que la práctica de la medicina ya no se ve como altruismo. Así, cuando se hace referencia a la posición asalariada del médico, se presenta como un trabajo cualquiera y, cuando se piensa dentro del contexto del consultorio propio, cobra la connotación de negocio.

...la clase media y alta se están achicando, están disminuyendo el número de personas, y el número de médicos está aumentando. Todo el mundo quiere ese tipo de paciente... Entonces, creo que la filosofía es contar con tres cosas para su beneficio. La primera es ofrecer una profesión de nivel A —si yo quiero el mejor tipo de paciente, entonces él va a buscar al mejor médico— y si yo tengo que ser el mejor médico, entonces tengo que invertir en un conocimiento médico siempre actualizado y que sea el mejor posible. Creo que es una cosa en la que invierto. La segunda es —si es difícil conquistar a los pacientes, porque el número de pacientes aumenta, muy lentamente— invertir en no perder a los pacientes. [...] La peor cosa que hay es perder un paciente, no porque estés haciendo una medicina peor que el otro, y sentís envidia... no. ¿Qué significa perder un paciente? Que no vuelve más. Entonces, de cierta forma, hubo algún error y, desde mi punto de vista, ese error fue en la relación médico-paciente. Yo prefiero perder un paciente porque le erré al diagnóstico —porque todos los caminos y todas las conclusiones apuntaban en esa dirección y yo me equivoqué porque es posible equivocarse— que perderlo porque se malinterpretó lo que dije, porque la relación médico-paciente no prosperó. Eso es una cosa en la que yo invierto. Entonces, realmente, en estos diez años de consultorio, perdí muy pocos pacientes...

Además, yo no quiero perderlo, porque sé que representa una fuente de ingresos... es un negocio. El consultorio médico es un negocio. Perder un cliente, es perder a alguien que me está ofreciendo su salud y yo, a cambio, le doy un tratamiento, así como podría estar en un comercio vendiendo helados... Yo perdí a mi cliente porque el helado estaba feo... Entonces, es un negocio. Y yo, como cualquier empresario, no quiero perder mis clientes. [...] Informaticeé el consultorio. Hasta hace unos seis meses, tenía una notebook en el consultorio, y mi secretaria tenía un software que contenía la historia y el examen físico de todos mis pacientes. Así, si el paciente se sentía mal en algún lugar, yo tenía el disquete con mis pacientes y esa computadora portátil, yo cargaba para un lado y para otro.

Si el enfermo viene a mi consultorio y me dice: “Quiero viajar, quiero ir a Estados Unidos”, él se va a llevar un informe. Al día siguiente —por fax o por correo—, le

voy a enviar un informe, en inglés, del diagnóstico, de los problemas, con mi teléfono de contacto o mi correo electrónico, por si alguien de allá tuviera alguna duda sobre el caso. Son todas inversiones de una empresa, para que el enfermo esté feliz.
(Doctor Bernardo)

Está claro que, en ese caso, el sentido de “negocio” asume toda su contemporaneidad. Ya no se trata más del negocio del siglo XIX, sino el de fines del siglo XX. El grado de complejidad del saber especializado y la tecnología correspondiente son los elementos que, si antes lo alejaban, ahora son exigencias, o sea, demandarían reestructuraciones de tipo empresarial. Y esa necesidad se debe al hecho de que, a través de las formas mercantiles actuales, la medicina asumió características muy similares a cualquier tipo de consumo.

Así, para el médico, su productor, dentro del consultorio, y mucho más fuera de él, en el contexto de la medicina empresarial la práctica médica cobra múltiples referencias al *trabajo*. Ser médico es tener un trabajo, y su principal cuestión es, pues, cómo hacer que sea un trabajo o un negocio ético, pero sin la vida sacrificada del pasado. Por esa razón, cuidar a otros no puede impedirle al médico cuidar también de sí.

La cuestión es que, para muchos, cuidar de sí se apartó del sentido de cuidar a otros y, a veces, se lo concibe hasta como una oposición. Para algunos, el dilema se manifiesta en el desafío de conciliar las necesidades del paciente con las propias. En este sentido, al haber superado las antiguas soluciones de la medicina liberal y con el surgimiento de nuevas exigencias y necesidades de la medicina tecnológica, que entran en conflicto con las antiguas soluciones, el profesional no encuentra aún una respuesta satisfactoria, oscilando entre sus necesidades y las ajenas.

Tengo colegas cardiólogos que no hacen consultorio; trabajan solo en el hospital. Entonces, el viernes se van afuera, viajan, vuelven el lunes, y punto final. Pero, el que hace consultorio, especialmente en cardiología, que es un área que hay muchas urgencias —está toda esa mística del corazón, de que es algo grave—, las personas te llaman y —al menos desde mi punto de vista— el enfermo quiere que respondas al biper... yo tengo teléfono celular, pero no les doy mi número, porque también creo que así no da, es demasiado. El teléfono celular es muy poco democrático. El biper es más democrático, porque te da derecho a responder o no, porque no siempre es una urgencia, a veces, es una tontería. El teléfono celular, no, el tipo te va a llamar por un estornudo... El enfermo quiere eso, quiere una respuesta rápida, quiere cercanía y quiere seguridad, quiere atención. Y quien hace consultorio particular, principalmente en cardiología, necesita ofrecerle eso al enfermo. Necesitas estar cerca, estar sensible... También está el otro lado, la omnipotencia de creer que sos insustituible, que no podés dejar... es difícil. Eso sucedió ahora. Yo me iba a tomar unas vacaciones —y yo ya percibí, que un cardiólogo no puede tomarse vacaciones sin salir de San Pablo— y, como yo tengo hijos pequeños y me mudé hay poco tiempo, necesitábamos arreglar un poco la casa... Y los hijos son muy pequeños, no se puede viajar todavía, ¿no?

Yo le había pasado el biper a una colega que trabaja conmigo hace mucho tiempo, y la secretaria sabía que no tenía que tomar turnos y que, si alguien me llamaba, no tenía que llamarme..., que los problemas los resolvía ella. Pero los enfermos descubren tu teléfono, y tienen el teléfono de tu casa. En principio, porque incluso está en la guía telefónica... Y las personas te encuentran. Un poco también porque el consultorio se

arma, en parte, por personas que te recomiendan y, en parte, por personas que son de tu entorno, te conocen... Entonces, las personas te llaman a tu casa. Y te llaman varias veces... Y ¿qué les voy a decir? ¿Les voy a decir: “mirá, estás hablando conmigo, pero yo estoy de vacaciones”? Entonces, nos fuimos a Guarujá⁶, y nos quedamos dos días. El día que llegué a San Pablo, comenzó a sonar el teléfono, llegué a las 22:00 hs. A media noche, me llamó el padre de mi mejor amigo, que estaba teniendo un infarto. ¿Qué le voy a decir?, ¿que no voy? Como él es muy amigo mío, sabía que yo estaba de vacaciones... Y me llamó, con dolor, teniendo un infarto y pidiéndome disculpas, porque sabía que yo estaba de vacaciones. Sabía que mi colega me estaba sustituyendo, pero me dijo: “Mirá, lo siento mucho, pero yo quiero que me atiendas vos... disculpame si te estoy importunando, sé que estás de vacaciones”. ¿Qué es lo que hice? Me levanté, fui, lo atendí, y me quedé allá... Al día siguiente, volví, se hizo un cateterismo, y se estabilizó... Cuando se estabilizó, llamé a mi colega para que asuma el caso. Ahí, hubo algunos problemas, ellos estaban súper ansiosos, hubo algunos malentendidos con la enfermera del hospital, se quedaron disconformes y no hablaron con ella, hablaban conmigo, porque estaba dentro de los tres o cuatro días en los que yo me iba a quedar en San Pablo... Y continuaron llamándome a mí. Por más que mi ego crea que eso es interesante, porque me siento importante, recordado, por otro lado, perjudica mucho la relación médico-paciente del médico que me reemplazó, es decir, es súper desagradable.

Cuando yo vuelvo, tenemos un acuerdo y mi colega me pasa todo lo que sucedió, cómo fue... Y los pacientes también pasan y me cuentan: “Sucedió eso, ella hizo aquello... No me gustó eso, me gustó esto y aquello”. Me cuentan todo... Creo que, implícitamente, chequean la conducta; primero, para saber si yo estoy al tanto y, segundo, para tener la seguridad de si yo hubiera hecho lo mismo o no. Ella es mi colega, tenemos más o menos la misma edad —creo que yo soy un poquito más viejo que ella— y trabajamos juntos desde 1990... Siempre que uno de nosotros viaja, el otro se queda con el bípser. Cuando el enfermo se interna, todo lo que ocurra, lo cobra ella, es todo de ella, yo no recibo nada. Solo recibo al enfermo de vuelta, si él quiere ¿no? Y es interesante, porque ella tiene conductas muy parecidas a las mías, y a los enfermos les gusta... (Doctor Bernardo)

Reconocer ese derecho es concebir al propio médico como ciudadano —los médicos tienen derechos— y, más que eso, como trabajador. Pero esa percepción no se origina, necesariamente, en los derechos y deberes laborales, tal como ocurre con los trabajadores de la industria o los asalariados del comercio y de otros ramos, aunque en forma secundaria también reciba ese estatuto. En realidad, los médicos no se ven como un trabajador común de la sociedad. En las representaciones de estos profesionales, los derechos se asocian a la particularidad de su trabajo, por su naturaleza, como una especie de reacción al “desgaste” que se sufre en su ejercicio. Y la noción de “desgaste” se funda no solo en las condiciones de trabajo sino, principalmente, en las tensiones internas del sentido general de qué es ejercer como médico, en el que entran en conflicto diferentes concepciones de autonomía: de lo idealizado al trabajo cotidiano se genera una oposición entre los diferentes significados atribuidos al *cuidado médico*, una tensión derivada del hecho histórico de que se resignifica la noción de cuidar y se aproxima actualmente a una atención con capacidades técnico-científicas de acertar el tratamiento. Por lo tanto, se trata de una

⁶Ciudad del litoral de San Pablo, cercana a la capital y utilizada para vacacionar.

visión más tecnicista de la medicina y de los “cuidados” médicos, cuya actuación se inclina mucho más hacia la cara tecnológica de la profesión que hacia la humanística. En este caso, se trata de una autonomía más controlada (por la ciencia, por el mercado y por sus empresas) y técnicamente distinta a la idealizada, dado que, al contrastarla con el trabajo liberal, produce mayor desgaste, y un trabajo más tenso para su agente.

Desgastante es el término empleado por los propios entrevistados. Otros autores refieren ese mismo hallazgo empírico (Machado, 1996a), mientras que Pitta (1990) y Rego (1993) lo conciben en términos de “sufrimiento psíquico” en la práctica hospitalaria. Pero en esos estudios, también aparece esa conexión entre la idea de trabajo que “desgasta” y los conflictos derivados de la oposición entre la situación de trabajo concretamente experimentada y las concepciones o ideales acerca de la autonomía.

Las condiciones de trabajo, de forma secundaria, también forman parte de la noción de desgaste, por la gran extensión de las jornadas y de múltiples características. Al contrario del desgaste anterior, ese efecto no se percibe como inherente a la naturaleza del trabajo médico, sino como una exigencia del mercado de trabajo. La doctora Cristina, por ejemplo, al contar cuántas guardias hizo y cuántos empleos tuvo, menciona la preocupación de parar, como consecuencia del “desgaste”.

Pero la jornada también se amplía porque, en las actuales condiciones de trabajo, las demandas de los pacientes, según la percepción de los médicos, se tornan excesivas. Ese aumento ya no se lo atribuye solo a las condiciones de trabajo, porque aumentó la complejidad del conocimiento y de la naturaleza de la intervención médica —ampliando el abanico de las demandas y el campo de competencia de la medicina— y, además, cambió el modo de relacionarse con la atención médica, en términos mercantiles. Por lo tanto, por un lado, cambiaron las características de la práctica técnica, y por otro, las de su consumo: buscar la intervención médica es ahora un consumo como cualquier otro.

Es cansador hacer guardia, y el consultorio es cansador también. El problema es que, trabajando en una UTI, difícilmente vas a conseguir arreglar tus horarios, porque todo es guardia. Difícilmente vas a arreglar tus horarios de manera de trabajar, por ejemplo, solo durante el día, o que pares de trabajar el fin de semana. Por un lado es algo cansador, pero no conseguís arreglarlo. Ahora, el consultorio termina siendo cansador también. Creo que hay posibilidades de que, a futuro, consiga conciliar los horarios, intentar tener el fin de semana libre, dividir con un colega, cada uno se queda con el biper, no lo sé, un fin de semana. Y no debemos tener ese pensamiento mercantilista, pero por más que queramos ser buenitos, que queramos ser diferentes, si la persona te “bipea” porque quiere que vayas no sé a dónde a ver a la criatura, teniendo un retorno o sin tener ningún retorno... Creo que todo bien, creo que hay que dedicarse a la profesión, pero la medicina no es un “sacerdocio”, que te tenés que dedicar al paciente sin obtener nada a cambio... A fin de cuentas, es mi empleo. Yo estudié para esto. Es un empleo, como cualquier otro... (Doctor Armando)

Cuando terminan las consultas, yo me quedo una hora y media conversando con las madres sobre lo que necesitan. El otro día, incluso, llamaron a las 23:30 hs, porque el nene hacía una semana que no comía, perdió el hambre, pero está bien, sin fiebre, sin nada... ¿Pero esa es hora de llamar? Creo que eso pasa más hoy en día, porque, en

el tiempo de mi abuelo, la figura del médico se respetaba un poco más. Lo llamaban al médico cuando realmente tenía alguna cosa urgente. Hoy en día, cambió mucho la relación. Primero, los aparatos electrónicos cambiaron de una manera radical la relación, con el biper y el teléfono celular. Porque, cualquier cosita, ellas “bipean” o te llaman. Entonces, el médico está más cerca. La medicina terminó siendo más grupal... Están estos convenios que tienen todo, entonces, el médico se hizo, a veces, hasta como un poco mercenario, quiere ganar dinero. Hay médicos que no están ni ahí, que son malos, y las personas siempre buscan un poco el error del médico. Principalmente, las de nivel más alto, comenzaron a cuestionar mucho más, comparar con lo que el otro dice, testear la confianza...

Además, antiguamente, en la estructura de las familias —eso, refiriéndome específicamente a la pediatría—, las figuras de la abuela y de la propia madre cuidando de las criaturas estaba muy presente. La abuela estaba siempre presente, el conocimiento se trasladaba un poco: una fiebrequita, algo de la piel, todas las dudas sobre amamantar, de leche, eran cosas que se resolvían dentro de la familia. No se llamaba al médico para eso. Hoy en día, las abuelas están trabajando, las madres están trabajando también, pobres, en el cuarto mes del bebé, ya caen en el mercado de nuevo. Las madres se sienten muy inseguras con el hecho de lidiar con la criatura, eso mezclado con un poquito de culpa —eso lo vemos mucho—, porque la criatura está en la escolita más temprano, está en la guardería más temprano, con la niñera... Y no tiene tanto la figura de la abuela, ahí, orientando. Entonces, ante cualquier cosa, ellas van al médico, cualquier fiebrequita, ellas ya están llamando al médico...

También, antiguamente, estaba la leche de pecho y la leche de vaca. Hoy tenés: leche A, leche B, primer semestre, segundo semestre... Las madres se pierden un poco con tantas variedades de leche... Los medios también: “Fulano estaba con fiebre, tenía meningitis y murió”, y sale en todos los programas de televisión. Eso genera ciertos temores. Si ponés todo eso junto, ves que la calidad de vida del médico empeoró mucho. Está con el biper, que se acciona a cualquier hora, y es una madre insegura, con muchas dudas, inmadura, pobre, porque siente culpa... El otro lado de eso es el aumento de complejidad de la propia medicina, que amplió mucho todos los horizontes y, en la medida en que te desarrollás, que estudiás, adquirís armas terapéuticas contra todo eso... Tal vez, antiguamente, las personas consideraran las cosas con un poco más de fatalidad. Y hoy, no. Si estás con un buen médico, rápido, que hace el diagnóstico en seguida y comienza el tratamiento, teóricamente, el problema está resuelto.

Hoy en día, es raro ver a esa madre más tranquila, que sabe discernir entre una fiebre que es preocupante y una fiebre que no lo es. Hay madres que, cuando “bipean”, es porque realmente es algo. Y hay otras madres que ponen “urgencia médica” y yo sé que no es nada. Creo que hay mucha inseguridad y agonía en las personas. Ya no saben esperar. Se te llaman, quieren inmediatamente una respuesta... No saben esperar. Y siempre quieren tomografías, resonancias, exámenes de laboratorio... (Doctora Alice)

Un cierto rechazo a ese desgaste generó una nueva actitud frente al trabajo: el médico también tiene derechos, y no solo deberes. Desde esa óptica, él se ve y pasa a ser visto en la sociedad como un sujeto en pie de igualdad con el paciente, y también como un trabajador.

Evidentemente, eso no quiere decir que los médicos no tuvieran derechos en la vida profesional liberal, los tenían, y estos se referían al estatuto social de la profesión considerada noble. El médico tenía una autoridad incuestionable, compuesta por su dominio personal sobre qué hacer con el paciente, así como de la posibilidad

de influir en el modo de vida general de cada uno y de la sociedad como un todo, como autoridad también cultural y moral. Es verdad que a todo eso le correspondían deberes bastante definidos, como estar totalmente a disposición del paciente y atento a los rumbos de la atención y a sus resultados y, además de responder personalmente a todo eso, en la jerga profesional, asumir el caso y estar a su disposición el tiempo que sea necesario.

En cuanto a los derechos, sin embargo, lo fundamental era poder regular su trabajo en forma individual. Como productor independiente, parecía poder organizarlo según sus preferencias, controlando incluso el tiempo dedicado al consultorio, aunque, de hecho, no fuera tan así, porque debía adaptarse al modelo general de producir y prestar los servicios de toda la categoría profesional. Así, la práctica de consultorio ocupaba las tardes, y era común que el consultorio estuviera en su propia casa y dedicara las mañanas a las actividades filantrópicas y benéficas. Las razones de esa elección también se articulaban con la posibilidad de dominar mejor el tiempo de la tarde y, eventualmente, adentrarse en la noche, si fuera necesario. A pesar de ser frecuente, eso no se veía como un problema, dado que atender en el consultorio era trabajar para sí, y no para otros.

De ese modo, “trabajar para sí” equivalía a “servir al otro”, y era común que el médico regulara su tiempo en función de las demandas ajenas y lo ampliara a las noches, a los fines de semana, a todo su tiempo. Una jornada ilimitada y una situación de trabajo permanente son la imagen de la medicina del altruismo, de allí que sea caracterizada como toda una vida. Más que habilidad y conocimientos, la medicina era un modo de vivir, y la vida del médico, una vida de trabajo.

Esto no quiere decir que la vida del trabajo hoy sea simple. Al contrario, está repleta de diversas situaciones, muchos empleos y largas jornadas: ser médico es ser un “hombre con muchas ocupaciones”. Lo que se quiere destacar es el hecho de que, más allá de que las jornadas sean mayores o menores que las de los médicos del pasado, ahora hay un corte entre lo que es el trabajo y lo que es la vida personal. Hoy, el profesional trabaja en tiempos y espacios que no son los de su vida personal sino que, por el contrario, son *otros*. Como todos los trabajadores modernos, los médicos también diferenciaron los tiempos y los lugares que son del trabajo, de aquellos que son los tiempos personales: la medicina que es trabajo no se confunde más con la vida privada.

Esa separación no es exclusiva del médico, ni tan reciente para las demás profesiones como lo es para la medicina, surge con la formación de las sociedades industriales modernas. Thompson (1967) la atribuye al advenimiento de la gran industria, en contraste con el trabajo artesanal que, como trabajo familiar y domiciliario o como máximo de pequeñas oficinas, permitía que las personas convivan al mismo tiempo que trabajaban juntas, en asociaciones. En el contexto fabril, el lugar y el tiempo ya no le pertenecían más a los trabajadores, sino al trabajo (Weil, 1979).

Sin embargo, si bien siempre el trabajo formó parte de la vida personal, hoy se evidencian distintas representaciones basadas en un retroceso de la ética del trabajo (Offe, 1989), que acarrea, desde el punto de vista ético, otra disposición de las personas frente al trabajo y su valor como vida. Esa forma propaga ante la sociedad en

general la concepción de que la vida personal no se contrapone a una u otra vida laboral, sino al propio trabajo: el trabajo es tiempo robado a la vida.

En el caso de los médicos, al ser un trabajador muy peculiar, todas esas cuestiones cobran matices, dado que su consultorio es aún su lugar y su tiempo, aunque modificado, tanto por una nueva estructura, cuyos pilares ya no puede dominar y tampoco puede evitar —como los convenios, por ejemplo—, como por el hecho de que casi todos los médicos trabajan en guardias, servicios ambulatorios de empresas, terapias intensivas de hospitales, etc. En suma, con frecuencia “trabajan para otros” y, así, terminan adhiriendo a la imagen de que el tiempo del trabajo no es el de la vida, sino lo opuesto: es tiempo que les es expropiado. Una razón más, pues, para querer controlarlo. Y una forma de hacerlo son las colaboraciones y las asociaciones que, al mismo tiempo, por la propia división de las tareas, permiten acumular muchos trabajos:

...a pesar de todo lo que hago, no pretendo ponerme a disposición de la medicina las 24 horas del día; no estoy disponible, no pretendo estarlo. No creo que sea algo lindo decir que pasé la madrugada cuidando de Marianita, no creo que sea para nada dignificante. Es una profesión como cualquier otra. Creo incluso que mi carga horaria es excesiva; mucho por aspiraciones mías, pero lo es. Entonces, necesitás tener a alguien con quien dividir, si no queda esa mística del sacerdocio de la medicina que creo que es una estupidez sin igual, desmedida, no puede ser. Y la única manera de que estés disponible es dividiendo, no hay otra solución. (Doctor Danilo)

Hoy en día, cuando preciso un consejo, a veces, converso con mi abuelo, con algunos colegas más viejos, con los colegas del área que yo dirijo en el hospital... Es decir, una vida de institución, con equipo, también ayuda a soportar la vida del consultorio. Esa combinación es muy buena, creo que las dos cosas se complementan. Y yo soy una persona que valora mucho mi vida personal, también. No podés ser un servicio de urgencias 24 horas por día. Entonces, el hecho de tener un grupo institucional, en el hospital público o en el hospital privado, da tranquilidad para decirles a tus pacientes: “Andá al hospital, está el Doctor X, allá. Dejá que él te vea, solo para ver si es el oído o la garganta, y después hablamos y vemos qué antibiótico necesitás. Pedile a él que me llame”. Es decir, hay una persona en quien vos confiás, y sabés que tu paciente va a ser bien atendido. Esa vivencia ayuda mucho en el consultorio. Si llama una madre el sábado a la mañana, terminó tu día. Y, si no vivís el otro lado de tu vida, es imposible ser feliz.

Los médicos más antiguos tenían una vida consagrada a la profesión. Mi abuelo visitaba pacientes a la noche. Pero, por otro lado, tenía momentos en los que nadie lo molestaba. Creo que quien preservó un poco más su vida fue mi abuelo. Creo que mi vida personal —y la del médico de mi generación— está mucho menos resguardada. Hoy, no tenés más la tranquilidad de ir al cine, porque suena el biper, tenés el celular, y los pacientes reclaman: “¿No tenés celular? Yo tengo celular, pero es para uso personal. Yo ni sé el número”. Porque, con el biper, ellos llaman, recibís el mensaje, y vos tenés el mando, llamás cuando podés. Yo les digo: “Llamame al biper, el celular, lo uso yo”. (Doctora Alice)

Como dice el doctor Danilo, acumular trabajos interfiere en la vida personal, en las decisiones y en los emprendimientos individuales. A diferencia de otros trabajadores, el médico escoge los lugares en los que va a trabajar, aunque pierda el control

de su tiempo, lo que ocurre hasta un cierto punto. Por lo tanto, las situaciones que conjuga en su jornada y los empleos que asume no son totalmente percibidos como trabajo suyo (para sí).

Además, tal como cuenta la doctora Alice, las instituciones y sus equipos son formas de repartirse las tareas del trabajo. Así, aunque sometido a los engranajes o a los sistemas de empleos, realizarse en la profesión y situarse dentro de su jerarquía interna depende, en parte, del individuo y aún es visto como un éxito o fracaso personal del médico. Sin embargo, la disposición para el empeño individual en la medicina tecnológica es muy diferente de lo que era en la medicina liberal. Los factores que condicionaban el éxito profesional eran unos, cuando se trataba de conjugar “dedicación y competencia científica” y, otros, para la “competencia tecnológica”, que relega la dedicación en la visión médica contemporánea.

Está claro que aquí se hace referencia a la dedicación más individual y personal, tal como en la medicina liberal. Aunque la atención aún sea vista como merecedora de una dedicación total, esta pasa a ser responsabilidad de los proveedores de servicios médicos: una atribución de los convenios, de los seguros de salud, de las empresas, de la política pública y sus equipamientos estatales, en los que la responsabilidad y la dedicación se disuelven en engranajes, y la relación entre individuos y normas institucionales dejó de ser, por ambas partes y durante un largo período histórico, objeto de discusión y cambios. Una de las motivaciones del debate contemporáneo sobre la “humanización” de los servicios y, en especial, de los cuidados médicos, es la crisis que se instaura en la medicina tecnológica.

En la medicina liberal, el éxito depende en gran medida del individuo, de allí la combinación de lo personal con recursos extrapersonales (dispositivos técnicos existentes). En la medicina de la competencia tecnológica, el éxito se ancla en la relación del médico con las organizaciones y los establecimientos, espacios y momentos en los que es posible disponer de tecnologías, lo que ya no depende estrictamente de una decisión individual, aunque ella sea necesaria al menos para accionar los engranajes. En aquella, el empeño individual denota el esfuerzo y las virtudes personales de cada uno; en esta, denota la acción objetiva del individuo, que depende menos de una virtud, es decir, de un comportamiento ético, que de aprender a reconocer o crear oportunidades.

Si en la medicina liberal se podía reconocer el binomio “hombre de vocación-hombre esforzado”, la medicina tecnológica demanda otro binomio en el que se articulan la competencia y la sagacidad del autoemprendimiento: hay que percibir rápidamente dónde y cómo dedicarse, o sea, donde están los mejores recursos tecnológicos, las mejores oportunidades de trabajo y los mejores dispositivos, para tornarse un practicante tecnológico.

Aquí, la mejor imagen es la del emprendedor —un “hombre de emprendimientos”—, y es como tal que se conquistan la autosuficiencia profesional y la independencia económico-financiera. Hay que ser, por lo tanto, un profesional que sabe decidir y moverse entre las oportunidades, sea para consolidar su consultorio individual, sea para participar de las organizaciones institucionales. En este último caso, las elecciones, en términos asistenciales y de producción del cuidado, se plantean entre dos caminos: los que son más independientes de la institución, o los que

actúan dentro de las reglas sistémicas y normas estructurales (Ribeiro, 1995), lo cual tampoco es muy fácil de decidir.

Del mismo modo, se percibe que los engranajes se expandieron a todas las conexiones del médico con los demás elementos constituyentes de su trabajo. Para la producción de los servicios, estos lo conectan con los clientes, que asumen la condición de consumidores frente al productor directo de servicios.

En la práctica liberal, el hecho de que la medicina se accionara por el paciente —que iba espontáneamente a la consulta— inscribió la relación producción-consumo de modo tal de subordinar su fase mercantil al binomio cuidado-atención. De este modo, se expresaba mucho más desde su aspecto técnico, incluso oscureciendo la dimensión de mercancía, de servicio comprado, que el cuidado siempre tuvo. Por otro lado, tanto las formas de comercialización como las características de uso del servicio y su significado eran muy diferentes de los actuales.

Ahora, las engranajes transformaron todo ese juego, explicitando las formas de comercialización, la racionalidad económica y la lógica de financiamiento del cuidado, que se encarece a medida que se complejiza.

Al mismo tiempo, todo eso sucede sin que se altere el hecho de que la producción solo se acciona por la presencia y alguna participación del cliente individual, o sea, por su demanda espontánea. Y la multiplicación indiscriminada de vías de acceso más simples y fáciles desencadena un exceso de consumo, que solo se percibe como tal desde la perspectiva técnica, pero no desde la racionalidad económica del consumo o desde su lógica mercantil. Por otro lado, a causa de la inaccesibilidad de ciertos cuidados por parte de los clientes —como las tecnologías de punta, por ejemplo—, esa racionalidad termina por convertirse en blanco de la demanda.

Los engranajes funcionan, pues, como intermediarios de la comercialización, y esa mediación, creada para facilitar accesos recíprocos, aparta al médico de sus clientes y, para ambos, esos engranajes se configuran más como un fin en sí mismo, que como medio para conseguir el acceso a la atención: tener uno o más convenios o estar acreditado parece ser la propia atención. En la producción de servicios, todo recurso, de cualquier porte o naturaleza —desde las “cartillas”⁷ del plan de salud, a las políticas de acreditación de médicos según la ubicación del consultorio en la ciudad, o según la especialidad— es intermediario en la relación del médico con su cliente o con otros profesionales y torna problemáticas las relaciones interpersonales en la esfera de la producción y en la propia esfera técnica del proceso de trabajo.

Los engranajes en la medicina

La idea de engranajes como vías para conectar piezas y componentes de un proceso representa muy bien los mecanismos de la organización de los servicios o las normas

⁷La “cartilla” es el documento impreso para los clientes de cada plan de medicina prepaga o de cada empresa médica, que contiene el listado de servicios y médicos a los que tiene derecho.

de su producción, tal como los intermediarios financieros, por ejemplo. Es fácil ver a los representantes de estos engranajes en una empresa de medicina prepaga o en los seguros de salud de los bancos. En un consultorio, tal vez sea un poco más difícil.

Sin embargo, la franca restricción de la libertad de la práctica del médico lo inserta en esa imagen y, tal vez, la más explícita connotación de que la profesión de hecho cambió sean las transformaciones en el consultorio. Montarlo, y precozmente, ya fue la marca esencial del oficio de la profesión: en cuanto se graduaban como médicos, urgía poner un consultorio, como cuentan todos los entrevistados que relatan la medicina liberal de los años 1930-1960.

Allí surge el término “montar” el consultorio, lo que denota un esfuerzo y, en términos de recursos, una posibilidad estrictamente personal. Después, la disposición —también personal— necesaria para el éxito del emprendimiento: se debía montar el consultorio lo más rápido posible y quedarse esperando a los clientes, aunque eso representara algún sacrificio. Ese procedimiento se generalizó y simbolizaba la profesión: ser médico era “tener consultorio”. Por cierto que había dificultades de orden social, y tener un consultorio no era simplemente “armar una tienda y quedarse ahí”, aunque algunos lo describan así.

Los médicos más ricos, que podían esperar más tiempo a que se conforme un grupo de clientes y se consolide el consultorio —y, por eso, podían también trabajar en la especialidad que habían elegido— se establecían en la región central de la ciudad. Los demás, no solo no podían dejar de atender a todo el que apareciera en el consultorio, sino que no conseguían asentarse en el Centro y se iban a los barrios más apartados. La práctica más o menos especializada, entonces, diferenciaba una medicina del Centro y otra, del barrio, es decir, el especialista en el Centro y el médico clínico-cirujano en el barrio. Como ya se vio, la geografía social de la ciudad definía la jerarquía interna de los trabajos médicos.

Respecto al acceso a las tecnologías, al ser aún un productor independiente, el médico tenía el control individual de la ejecución del proyecto, y las necesidades que iban más allá de su competencia —hospitalización o exámenes complementarios— eran dispositivos también desencadenados por él. El acceso se basaba en las redes interpersonales de confianza. Laboratorios clínicos, hospitales, farmacias, etc., se accionaban con la “cartita” personal del médico, que encomendaba al paciente.

Los entrevistados de los años posteriores a 1980 tenían dudas sobre si el consultorio era necesario para la profesión, sobre todo frente al sacrificio que, en la última década del siglo XX, ya les resulta mucho mayor. No solo la medicina prepaga, los planes de salud o de acreditaciones más o menos “generosos” para financiar los costos de la atención muestran la nueva división interna de la práctica profesional, y cómo esta se aparta del dominio de la competencia individual.

Estos médicos de la medicina tecnológica, al recibirse, todos tienen empleos o buscan tenerlo y rápido. El consultorio, aunque siga representando un trabajo realmente más propio, ya no es el símbolo distintivo de ser médico, incluso porque el acceso a las tecnologías ya no se realiza solo, ni de un modo prioritario, a través de esa “puerta de entrada”.

El consultorio, por lo menos inicialmente, no era una aspiración... no lo era. Pero el hecho de tener un consultorio, hoy, tampoco es por casualidad. Porque mi esposa desde un inicio quería abrir un consultorio y ella tiene hoy un número razonable de pacientes, pero hace 12 años que ella atiende en el consultorio. Pero yo comencé a invertir en el trabajo del consultorio en 1992, con 11 años de recibido. Llegué a trabajar un tiempo en el consultorio de un colega, en 1990, me prestaba la sala unos días a la semana, pero fue muy poco. Y hoy estoy definido con relación a eso, a mí me gustaría trabajar bastante en el consultorio. Siempre me dijeron que el consultorio era bueno, y yo nunca quise hacerlo, solo porque me decían que era bueno... Ahora lo hago porque yo quiero hacerlo. Entonces, desde 1992 para acá, indudablemente quiero que el consultorio tenga muchos pacientes, pero es una época mala, realmente, hay pocos pacientes. Y ahora creo que voy a tardar en tenerlos, porque los convenios están cerrados. Es malo trabajar por convenios. Yo lo veo por mi mujer, ella sufre atrasos inimaginables de pagos, y problemas burocráticos... Entonces, el consultorio, realmente, está difícil... Cuando resolví abrir el consultorio, estaba interesado en conseguir una sala, algo. Ahí, mi esposa se enteró de una sala, y fue así que yo vine para acá. Y, después de un tiempo, mi esposa también vino para acá. El consultorio no es tan lejos de mi casa, en términos de lo que es San Pablo, pero no es lo ideal, claro. Pero yo vivo en un barrio, en una región que las personas no conocen mucho. Hasta sería bueno si el consultorio estuviera allá, pero no sé hasta qué punto tendría más pacientes, aquí es un lugar conocido, y las personas que no saben andar por allá, se pierden. [...] Para los convenios, no es bueno, porque hay muchos consultorios. Es difícil conseguir convenios por aquí, tal vez allá sería más fácil. Estoy intentando articular con convenios, pero es muy difícil, diría que prácticamente imposible. Imposible, no. Existen muchos convenios, entonces, tal vez, de cada 20, consiga uno que diga: "Mirá, ¿quién sabe?" Y, de esos "quién sabe", la mitad dice que sí. Yo tengo un convenio grande y dos pequeños, que no son conocidos, trabajan en un sistema diferente. Y, hasta ahora, ningún paciente vino por esos convenios. (Doctor César)

...el comienzo del consultorio fue muy lento. Primero, fue muy difícil conseguir convenios, a pesar de tener una buena formación, no es fácil. Incluso hoy mando el currículum a algunos convenios, y pareciera que ellos lo desprecian. Las personas que seleccionan creo que miran el barrio donde tenés el consultorio, si sos un buen médico o no, no importa mucho. Entonces, al comienzo, creo que yo atendía un enfermo por semana, tres veces por semana en el consultorio, y dio mucha pérdida, creo que un año. Después, despacito, fue yendo. El movimiento era prácticamente solo de pacientes por convenio. Como hasta hoy, de cierta manera: el 90% del movimiento es por los convenios. Movimiento quirúrgico, particular, es mínimo. Hay muchos pacientes sin planes de salud, pero tienen el "convenio amigo": que es el amigo del amigo, hermano del amigo, padre del amigo. Entonces, terminás no cobrándoles. [...] Después de unos dos o tres años en ese consultorio, me mudé con mi socio a un consultorio en la calle Sergipe, que era mucho mejor, tenía una sala nueva, que alquilamos, era muy chiquita también. Era más linda. Teníamos una secretaria solo para nosotros y estábamos solos los dos. Y ahí, el consultorio comenzó a tener un poco más de movimiento, pero siempre por convenio. Y ahí, después de dos o tres años, conseguí otro empleo, que era como cirujano del servicio de emergencias de un hospital particular, que es un empleo que tengo hasta hoy. Hago tres guardias por semana allá. Pero mi inversión en la profesión es el consultorio. Es aquí que yo pretendo trabajar el resto de mi vida. Haciendo medicina particular, mis pacientes, yo cuidando de mis pacientes, internando, operando a mis pacientes. Pero para poder bancar ese sueño, esa inversión, yo tuve que insertarme en el mercado. Y me inserté en el mercado como médico de guardia. Entonces, hago tres guardias nocturnas por semana, para poder ganar dinero para pagar los gastos aquí, porque son superoscilantes. Hay meses que va superbien, hay meses que va supermal, es

muy extraño. Y terminé casándome, es decir, los gastos van aumentando en progresión geométrica. Para que el consultorio sea independiente, cinco o seis años, pero para que el médico viva del consultorio, creo que hasta más de diez. Porque te confieso que no es por las ganancias que hago estas guardias. Si mi consultorio fuera más firme, ya las habría dejado. Creo que tres guardias, una vez por semana, es una carga muy pesada. Yo, a esta altura del campeonato, con 37 años, ya lo siento, cosa que tres años atrás lo hacía sin esfuerzo. Pero no da para largar. Todavía tengo muchos gastos, y no da para contar con el consultorio, exclusivamente. Pero yo no vislumbro largar completamente, por ejemplo, el empleo en el hospital particular. Es un empleo muy bueno, en términos de remuneración. Creo que es el mejor, el que paga mejor en San Pablo, y tenés contacto con mucha gente. Creo que el consultorio, cada uno lo dirige como quiere. Yo tengo una visión. Todo el mundo me pregunta, mis amigos me dicen: “Ah, tenés que conseguir convenios, hacer convenios. Hay algunos convenios que llenan el consultorio”. Yo no quiero esos convenios que llenan el consultorio, yo no quiero, porque yo no estoy interesado en atender un paciente cada 15 minutos [...] Entonces, tengo algunos convenios, que yo consigo administrar bien. En un comienzo, mandé cartas a todo el mundo. Y unos aceptan, otros no aceptan. (Doctor Diego)

...el consultorio es una cosa que, primero, hoy en día, son poquísimos los colegas —por lo menos de mi generación—, que tienen un consultorio bueno, que se puede sustentar con el consultorio. Generalmente, todo el mundo tiene otros empleos [...] Estoy en el hospital del plan de salud, en otro privado y en el consultorio. Es muy agitado. Pero creo que el médico no tiene otra salida, no puede escaparse mucho de eso. Conseguí armar un esquema que terminó siendo bueno para mí. Voy tres mañanas y me quedo hasta la 1:30 hs de la tarde. Después, hago dos guardias nocturnas, en el hospital del plan de salud, durante la semana, y dos guardias nocturnas en el hospital privado. Y, en este, hago guardia todos los viernes de día. Entonces, en realidad, hago cinco. Con ese esquema, conseguí dejar una guardia nocturna. Entonces, hago cinco guardias nocturnas, porque en ese hospital privado, hago una los fines de semana, de 24 horas cada cuatro semanas. Y la guardia durante el día es casi siempre los miércoles: tres miércoles sí, un miércoles no. Un viernes a la noche, hago 24 horas en ese hospital y 24 horas el domingo. Fue así que conseguí organizarme. Como yo dividí todo, en el consultorio nunca tuve un movimiento extraordinariamente grande. Creo que tenés que quedarte en el consultorio, yo no conseguía quedarme. Entonces, dejé solo dos tardes para el consultorio. Creo que tanto en el hospital privado como en el del convenio, yo estoy muy bien. No tengo grandes quejas de ninguno de los dos lugares. Ahora, no sé decir cuál es el lugar que a mí me gusta más, en términos de las dos UTI. El consultorio... No es que no me guste, es que yo no veo mucho retorno. Incluso en mi caso, aquí, el movimiento de pacientes particulares es muy pequeño. Y es mucha demanda para un retorno muy pequeño. Es difícil tener que ganar dinero, es decir, quien sustenta la gran parte de todo en casa soy yo. Y también todo el mundo que tiene consultorio, más o menos bueno, dice que para tener un buen consultorio, tiene que quedarse en el consultorio todo el tiempo. Ahora, yo no tengo tiempo para quedarme en el consultorio todos los días. Y el gran problema —que es un ciclo vicioso— es que, si me quedo en el consultorio, dejo de trabajar en las otras dos UTI, y es un riesgo que yo corro. Porque tanto en el hospital del plan de salud como en el otro, yo gano por lo que trabajo. Es decir, cuanto más trabajo, más gano. (Doctor Armando)

Si el engranaje existe para todos los convenios y acreditaciones, para los médicos, las estructuras internas no son de ningún modo similares. La medicina prepaga o algunos planes de financiamiento de atención permiten que sus clientes elijan a sus médicos, siguiendo criterios informales de indicación y la típica recomendación

“por confianza”, la cual ya no está abierta a todos los médicos en general, sino solo para algunos. Para los médicos, esa forma de acceso les permite tener un número de clientes particulares, al menos en las consultas, lo que escinde el todo asistencial, pues, es común que los clientes se valgan de los diferentes dispositivos para el financiamiento de su atención. Eso puede generar discontinuidades técnicas, lo cual le exige al médico una cierta combinación de competencias: puede comenzar un programa asistencial de un determinado modo y tener que completarlo de otro, o dejar de hacerlo. A veces, de un modo más explícito, otras, menos, los profesionales ajustan su desempeño a las reglas de los convenios y a sus financiamientos:

Una característica cada vez más común en los consultorios, hoy, incluso de los que no atienden por convenio directamente, es que por lo menos una parte del tratamiento termina haciéndose a través del plan de salud. La consulta es privada, pero, por ejemplo, necesita de un examen, lo hace en el laboratorio que cubre el plan. O, si es necesario internarlo, pregunto: “¿Cuál es el hospital en que te podés internar?” [...] Una internación hospitalaria es para morir, porque nadie aguanta pagarla. Hay mucha gente que aún se hace algún examen y lo paga todo de su bolsillo. Ahora, la internación, solo algunos aún lo pagan de su bolsillo. Normalmente, tenemos que respetar, porque el paciente no tiene, es mucho dinero que demanda una internación. (Doctora Alice)

La medicina prepaga tiene la “cartilla”: la lista de médicos acreditados. El médico de la “cartilla” es la imagen extrema de la despersonalización: un médico-mercancía, algo para ser consumido como cualquier producto en venta en el mercado. Ya no es el centro de una elección, sino solo una facilidad en el consumo de los servicios.

Eso es una diferencia de la práctica de la medicina prepaga, de la medicina privada o de la medicina pública. La medicina pública —recuerdo cuando atendía en la municipalidad—, el tipo te miraba y decía: “Este tipo quiere librarse de mí, entonces, ese antibiótico que le está dando a mi hijo que tiene amigdalitis, no debe ser para eso”. Por otro lado, estás en el hospital-escuela, en el ambulatorio de especialidades, y el tipo piensa que sos un ganador, que conseguiste ingresar al servicio ambulatorio de neumología del hospital, él cree que estás haciendo todo perfecto, lindo, maravilloso. El tipo del convenio tiene un poco el discurso del cliente de la municipalidad, dice: “Este es el médico del plan, voy a ver qué dice”. Y después dice: “Fui a un médico del plan”, no dice: “Fui al doctor fulano de tal”. El consultorio particular es otra cosa. El tipo va porque quiere, porque lo eligió, entonces, la relación es diferente. [...] Yo pensaría que, si ese conocimiento del acto médico se asentara más, las personas más cultas tendrían otra postura... Por el contrario, tienen un comportamiento completamente idéntico. Y es muy común tener un amigo que tenga un plan de salud que te diga: “Mirá a quién conocés de acá, porque yo fui a este, que quedaba cerca de casa, y no me gustó”. Es decir, el primer factor que lo movilizó no fue la cuestión técnica, porque es del plan, si tuviera que pagar, él elegía. Creo fundamental que él elija, que tenga una relación de mayor confianza, eso es parte del acto médico. Lo que diferencia mi actuación es la relación que establezco con mi paciente, ¿no es cierto? (Doctor Danilo)

Para el médico, estar en una lista entre todos los profesionales enrolados por el plan de salud no representa solo dejar de ser el “indicado”, sino tornarse uno más, un “anónimo”. Así, de la antigua indicación de aquel médico en particular, que era de la

confianza del cliente, el médico pasa, ahora, a ser lo opuesto: el médico del cual se desconfía...

La medicina fue adquiriendo una dimensión más comercial. Esos anuncios del helicóptero creo que contribuyeron mucho. Cuántas veces va un paciente al consultorio, y le decís: “Creo que es necesario hacer un cirugía, una amigdalotomía”, que es una cosa banal. Y ellos se quedan shockeados con la idea de la cirugía y preguntan: “¿Quién puede hacer eso?” Siempre les doy el nombre de un otorrino de mi confianza. Y varios me dicen: “Tenemos un plan de salud, ¿no tendrá uno del plan?”. Yo les digo: “Todo bien, trae la cartilla del plan, y lo vemos”. Pero es un tema medio así: ya que paga, tiene que usarlo, no importa mucho quién sea el mejor cirujano para su hijo. Porque lo que sale caro es la parte hospitalaria, pero ellos quieren hacer todo a través del plan. Solo que ahí se genera aquella situación de desconfianza, porque eligió el del plan. (Doctora Alice)

El doctor Antonio también describe con mucha claridad esa situación de desconfianza, que crea otra modalidad a través de la cual el paciente accede a los servicios médicos, a la que llama como una “especie de interconsulta”, pero que se revela de hecho como una “consultoría”. En parte, a esta modalidad se debe un cierto aumento de las consultas clínicas en los consultorios de médicos que no son de áreas clínicas.

Muchas veces, las consultas con médicos que atienden planes no son muy satisfactorias o, a veces, hasta lo son, pero tienen una velocidad muy rápida. El paciente muchas veces dice que fue al médico y que se quedó cinco minutos con el médico, el médico ni lo examinó, fue una consulta muy rápida que, a veces, determinó una cirugía. Entonces, ese paciente, que en cinco minutos pasó por el médico y tiene que operarse, en general, quiere escuchar una opinión con calma, él quiere sentarse, conversar media hora, una hora, ver si realmente tiene que hacerse ese procedimiento. Si tuviera que hacerlo, probablemente hasta se lo haría en el sistema más barato para él, pero quiere tener seguridad del diagnóstico. Entonces, es frecuente que las personas vengan, y generalmente ya entran con todos los exámenes abajo del brazo, ya sabés de qué se trata... él viene a escuchar mi opinión. A veces, la persona abre el juego: “fui a tal médico, y me dijo que tengo tal cosa y yo quiero saber si es eso, si esa es su opinión también, o no”. Pero, a veces, no; a veces, vienen y me cuentan una historia desde el inicio y, al final, descubris que ya tiene un diagnóstico, ya tiene una propuesta de tratamiento y está simplemente cotejando tu opinión con la del otro colega. (Doctor Antonio)

En su relato, el propio doctor Antonio nos revela además que ese anonimato y desconfianza también generan otras situaciones dispares para el médico y de las cuales los pacientes no parecen tener una clara percepción: se trata del hecho de que, a causa de los múltiples empleos y situaciones de trabajo, a veces el médico que es consultado como “segunda opinión”, en su consultorio particular, él mismo en otro horario de trabajo es un profesional que atiende por convenio. Eso representa para el médico la contrariedad de constatar que, tal vez, también él sea objeto de sospecha en cuanto a su competencia y sea confrontado, sin que lo sepa, con una “segunda opinión”, aunque él mismo, en otras ocasiones, sea el autor de la “segunda opinión” sobre la orientación de tratamiento de otro colega.

Para el paciente, a su vez, esa situación denota una doble desconfianza hacia los profesionales: en cuanto a la calidad técnica y a la ética profesional, dado que sospecha de los médicos en general, pues no conoce mucho acerca de ese profesional al que cuestiona excepto que es un “médico del plan de salud”, duda de que él logre realizar bien, en términos técnicos, los procedimientos que indica o de que los procedimientos sean de hecho técnicamente necesarios y no, como sospecha, solo un “negocio”.

En lo que atañe a la continuidad de los tratamientos, esa forma de usar los servicios asistenciales que combina la realización de partes del tratamiento en una modalidad de servicio y de otras partes, en otra modalidad de servicio, tal como en la asociación de uso del sector público con convenios o de estos con los del sector privado, representa para el médico un obstáculo, más que una facilidad.

...yo tengo una cierta dificultad si viene un enfermo con el plan más básico, que es el paciente que se interna en la sala de internación. Entonces, mientras él es un enfermo clínico, no hay ningún problema, pero el día que ese enfermo necesita ser operado, yo no puedo operarlo, porque los hospitales en los que yo trabajo no tienen sala de internación. Entonces, a no ser que sea un paciente muy especial, con quien yo tenga un vínculo muy especial, yo me desplazo. Si no, terminás pagando para trabajar, porque no tenés que operar, por ejemplo, en un hospital en la zona este, donde no estás acostumbrado, donde no sabés si las condiciones para operar son las ideales. Muchas veces, vas a hacer una cirugía de cinco o seis horas y ganás 100 reales, 120 reales, y estás literalmente pagando para trabajar. Algunos pacientes lo merecen, pero no podés decirle eso a todo mundo, si no te pasás el día entero corriendo por los hospitales de toda la ciudad. Entonces, intento concentrar a mis pacientes en algunos hospitales donde estoy habituado a operar. Cada plan de salud tiene hospitales para internación. Yo sé, por ejemplo, dependiendo del plan que el paciente tenga, en qué hospitales puedo operarlo. Entonces, algunos planes internan en el Hospital Albert Einstein o en el Sirio-libanés, otros internan en el Oswaldo Cruz, en el Santa Catarina. Son los hospitales más cercanos, en los que a mí me gusta trabajar. Entonces, yo intento que vayan, de acuerdo con el plan, al hospital al que el paciente tiene derecho, y que sea un hospital en el que estoy trabajando. Ahora, en el caso que sea mi paciente pero no tenga ese derecho, y considere que no conviene hacer el seguimiento, yo tengo que derivarlo a otro médico. [...] Pero eso es muy excepcional, incluso porque el mayor movimiento en mi consultorio es eminentemente clínico. Yo diría que yo opero a 10% de mis pacientes. La mayoría es la parte clínica de la cirugía. Hoy en día, la úlcera, todas las enfermedades de espectro del aparato digestivo, todo se transformó en una enfermedad clínica. Creo que yo no opero una úlcera de consultorio hace unos cuatro o cinco años. El principal movimiento quirúrgico es litiasis vesicular, cirugía proctológica —en proctología hay mucho movimiento— y que son cosas, por ejemplo, que se pueden hacer tranquilamente. Digamos que venga un paciente que no tiene recursos y que necesita operarse, vas y lo operás en el hospital Santa Rita, que es un hospital que prácticamente tiene todos los convenios y que es razonable. Yo no creo que esté comprometiendo la atención que pueda darle al paciente. Ahora, si el enfermo tiene un neogástrico y tiene que hacerse una gastrectomía total, yo le voy a decir: “Lamentablemente, yo no te opero”, porque yo creo que no tiene retaguardia. (Doctor Diego)

Esa misma situación se verifica también en aquellos médicos que no tienen convenios en su consultorio, quienes pasan por cuestiones similares, porque hoy, si bien el médico no tiene convenios, el paciente claramente los tiene.

Yo no abrí ningún convenio médico. Creo que va a llegar un momento en que la medicina va a tener que ser parcialmente socializada y parcialmente privatizada... Se va a acabar el médico particular, pero creo que aún no, porque la parte socializada es muy mala, y la parte privatizada, de convenio, está pésima. Lo que se ofrece, como valor de la consulta, es degradante. Es un valor muy bajo. Entonces, lo que sucede es que las personas atienden un número muy grande de pacientes, en intervalos muy cortos de tiempo. Y esa no es mi meta, nunca quise hacerlo y siempre intenté resistirme. El hecho de yo tenga una retaguarda financiera me permitió hacer eso. Yo atiendo muchos pacientes que tienen convenio, un gran número... Pero ellos vienen, me pagan la consulta particular... Hasta se hacen algunos exámenes a través del convenio, yo no atiendo por convenio, porque yo no creo que convenga. [...] A veces, hay algún problema, el tipo quiere hacerse un examen a través del convenio, solo tiene condiciones para hacerlo así, pero el convenio no aceptada mi indicación, o hasta lo acepta, siempre y cuando se realice en un hospital acreditado. Pero yo tampoco tengo nada que ver con eso, no estoy acreditado en ningún convenio, y los pacientes vienen —la gran mayoría— sabiendo eso... Pero, por otro lado, si mi paciente no puede internarse por fuera, o donde su convenio no se lo permite, lo voy a internar a través del convenio... (Doctor Bernardo)

Los médicos no tienen solo una modalidad de relación con los engranajes de producción asistencial. En general, es una combinación de redes de empresas o financiadoras lo que permite el éxito del emprendimiento. Casi todo médico “de consultorio” tiene múltiples redes y tiene que gerenciar esa composición, además de ser técnicamente competente. El consultorio-empresa y la clínica —establecimiento que congrega varios consultorios— son dispositivos para ese fin. Asociarse con otros y/o con tecnologías empresariales son alternativas al esfuerzo personal de consolidar el consultorio. Si es necesario agenciar varios mecanismos para instalar y consolidar el consultorio, el médico se desdobra y los gerencia; sin embargo, es más desgastante ser gerenciado por ellas.

Ese gerenciamiento puede ser una forma indirecta de control, tales como las exigencias empresariales para la acreditación. El médico puede tener que someterse a actuar en áreas de especialidades necesarias para las empresas, pero que no sean de su elección, o a instalar su consultorio en regiones de la ciudad donde tal vez no pueda o no quiera trabajar, sea por la gran dificultad de traslado en San Pablo, sea por la precariedad de la calidad de vida en lugares más periféricos. Incluso si consigue mantener su lugar y especialidad al acreditar su consultorio, también puede tener su acción profesional controlada por diversas conexiones con las empresas, pues el médico termina adecuándose a las situaciones de mayor facilidad dentro de las reglas de las empresas adaptando, en función de ellas, su proyecto propio de actuación profesional. Pero esas adaptaciones todavía siguen siendo decisiones individuales.

Por otro lado, el gerenciamiento puede configurarse como control directo sobre el trabajo: la fiscalización conocida como *auditoría médica*. Esa es, para los médicos, la peor forma, pues incide inmediatamente sobre la soberanía técnica. La auditoría evalúa las decisiones y las conductas del profesional, buscando disciplinar su proyecto al de las empresas. El médico es cuestionado al interior de su proceso de trabajo, y percibe ese procedimiento como una descalificación de su propia competencia, pues se inserta en el último refugio de su autonomía. Aquí la descalificación que se percibe

no representa el mismo extrañamiento que figurar en los listados de la cartilla médica de un plan de salud pues, en cierto sentido, en este último caso, el mismo anonimato que lo diluye en un colectivo más general, y que le causa cierta disconformidad ante el paciente que lo contacta bajo esas condiciones, también le sirve para la propia “disolución” de ese paciente: el enfermo que viene a través de un convenio tampoco es *su* cliente. Y si muchas veces el médico se siente descalificado por la falta de confianza del cliente, que busca a otro médico para tener una opinión más, por otro lado, cada médico también puede tener una opinión propia y considerarla la mejor.

El control fiscalizador, representado en la figura del auditor, constituye una nueva área de actuación para los médicos, que se crea en la medicina tecnológica. De este modo, se complica la relación interindividual entre ellos, pues esta no se da entre desiguales, como en la relación médico-paciente, sino entre pares. Son colegas que funcionan como no colegas, defendiendo intereses, racionalidades de intervención y procedimientos de significados simbólicos divergentes. Y, principalmente, son colegas que dejan de defender la autonomía profesional.

A veces, como mostró la doctora Cristina en su relato, no se trata de una divergencia necesariamente técnico-científica, pues los proyectos de acción pueden ser más coincidentes entre el auditor y el médico que entre el médico y el hospital. El conflicto reside en el modo en que se instala ese intermediario en las relaciones, y la divergencia se presenta, de hecho, en la dimensión significativa del acto de auditar: el control técnico directo por el cual el médico considera que queda reducido a un trabajador cualquiera.

Estos dos agentes de la medicina están frente a problemas que ya no son comunes para ambos, como lo eran los que forjaron su identidad de médicos y que dieron lugar al surgimiento de la figura de “colegas”. Esto les permitió reconocerse mutuamente como parte de lo mismo, dando cohesión a la profesión. En esa nueva situación, en la que uno despliega sus conocimientos y habilidades para recuperar enfermos y otro para evaluar esas elecciones, parece no haber interacción posible: dos visiones, dos lenguajes y una comunicación conflictiva, como mostraron las narraciones presentadas de la doctora Cristina y del doctor Antonio.

Todos estos aspectos hacen más impersonal la práctica. Su repercusión en el accionar médico acarrea problemas en la producción de los servicios. No obstante, estos son los mecanismos que en la medicina tecnológica permiten que el médico acceda a los clientes o a otros profesionales. Por lo tanto, si por un lado, se ven como factores que restringen el desempeño médico, por otro, lo posibilitan. En ese sentido, todos esos engranajes constituyen mediaciones de las relaciones entre diversos individuos —personas diferentes— como sujetos inscritos en la práctica médica.

Todas estas situaciones analizadas, sin embargo, no abordan todas las intermeditaciones en las relaciones médicas. Hay también mediaciones que resultan problemáticas en el plano interno de la intervención técnica propiamente dicha, al alcanzar directamente la conexión entre la técnica y la ética, que se basan en el modo por el cual el médico articula en su práctica la ciencia, la experiencia y la tecnología material disponible, y que tienen como cuestión de fondo al enfermo a ser cuidado. Se trata, pues, de los problemas de la relación médico-paciente, que se examinan a continuación.

Encuentros y desencuentros en las relaciones médicas

¿Qué permite aprehender la consulta médica como un encuentro? Ya se mencionó el hecho de que la consulta es la situación de producción de un servicio basada en la presencia simultánea de dos individuos implicados en una actividad. Pero más que eso, la consulta demanda que haya un “encuentro”, un convivir en la actividad y, en función de eso, una interacción, haciendo que, de algún modo, la relación sea una conexión interpersonal e intersubjetiva.

Sin embargo, a causa de los intermediarios que desplazan los diversos atributos de la consulta antes alojados en los individuos involucrados, muchas veces ese encuentro se presupone por la mera existencia de estos intermediarios. Tal como sucede con el acceso a los servicios, en el que la simple contratación de un convenio parece ya garantizar a su poseedor todo lo que sea necesario para su atención, en la relación médico-paciente, los equipamientos o los saberes especializados son intermediarios, cuya presencia parece garantizar por sí sola el éxito o el acierto de la decisión clínica.

Ya se habló mucho sobre el “fetiche” del equipamiento y su repercusión en la práctica médica (Reiser, 1978). Uno de ellos son los equipos de información. Un paralelo interesante y que no se puede dejar de considerar aquí es el poder de los medios de comunicación. En el campo de los estudios comunicacionales, son conocidas las críticas al excesivo valor dado a estos medios y sus recursos tecnológicos, en detrimento del intercambio comunicacional, propiamente dicho (Gómez, 1990; Pitta, 1995). La soberanía de algunos medios, como los vehículos de comunicación de masas —la televisión, por ejemplo, y más recientemente los medios electrónicos— tienen un papel problemático al reducir la comunicación a una especie de consumo de imágenes e informaciones idealizadas por los sujetos privados, sobre las cuales, incluso, ellos desconocen la calidad o el origen.

Los propios médicos explicitan que perciben ese comportamiento en el paciente: saben que una parte de la confianza perdida de la relación médico-paciente se transfirió a la tecnología material; saben, incluso, que una parte considerable de la información que podrían ofrecer, ya se la apropiaron los pacientes en el uso de estos medios de comunicación, por lo que deben reflexionar sobre cómo proceder en el caso y tomar una decisión clínica.

Hoy en día, estamos muy dependientes de la tecnología, sobre todo, en el mal sentido, lamentablemente. El paciente exige tecnología. Cuando yo creo que no hay que hacerlo, con tiempo, lo convengo de que no lo haga. Típico ejemplo de mi consultorio: el enfermo que viene con una dispepsia, no vas a pedirle una endoscopia a todos los pacientes que tengan un dolor de estómago. Yo me cansé de tener dolor de estómago y no fui a hacerme una endoscopia. Pero el enfermo dice: “¿Vamos a hacer un ultrasonido, una endoscopia?” Y terminás pidiendo el examen, porque siempre está ese caso en que decís: “No, no vamos a hacerlo”, tajantemente y, de repente, tiene algo. Entonces él va a decir: “¡Qué cosa ese médico! Yo le dije de hacer el examen, y él se rehusó a hacerlo”. Y siempre están esos fantasmas aquí en Brasil⁸. [...] En el hospital privado, en el servicio

⁸Aunque el entrevistado mencione especialmente a Brasil, es sabido que esa cuestión no es exclusiva de ese país.

de emergencias, hacemos una medicina muy a la defensiva. Porque, en emergencias, ponemos la cara. Llega un enfermo que describe síntomas extraños y, si no le pedís un montón de exámenes y no le probás al paciente que no tiene nada, él cree que estás cuidando los costos de su convenio, o que tenés mala voluntad, porque no te conoce. En el servicio de emergencias, es difícil que alguien vaya con un tema quirúrgico, pero los pediatras, mucho, y los clínicos, bastante, atienden una cantidad de pacientes que no tienen nada, es impresionante. Eso perjudica mucho nuestro trabajo. Se termina llenando el servicio de emergencias con situaciones de ambulatorio que no son nada. Porque el enfermo tiene un convenio y está yendo a un hospital particular, porque allá, teóricamente, es la mejor medicina que puede tener en América del Sur. Y no necesita sacar turno, él va a la hora en que quiere. Hay familias que, durante el fin de semana, llevan a tres o cuatro hijos a hacer puericultura. ¿Y qué puede decir el pediatra? Él tiene que examinar a todo el mundo. No podés escribir en la ficha: “Me rehusé a atenderlo, porque el paciente no siente molestias”. ¿Y quién gana con eso?: el hospital. Es movimiento, lógico. [...] Es la filosofía por la cual ellos aceptan los convenios. Porque cuando yo entré en ese servicio, no cubrían convenios. Y eso tiene un costo enorme para la sociedad. Porque esa historia de creer que no está saliendo del bolsillo de su paciente o no está saliendo de mi bolsillo es una tontería. Eso está saliendo de la sociedad: el costo de esa medicina inútil es elevadísimo. Se pagan impuestos. Todas esas empresas tienen los llamados “fines no lucrativos”, entonces, ellos no pagan impuesto a las ganancias. Y quienes los están pagando, en el fondo, son los pobres asalariados. Creo que es absurdo, en este país, que un sujeto pueda descontar gastos médicos del impuesto a las ganancias, porque el que está financiando eso es el Estado. Porque, en la medida en que vos no pagás impuestos, y ese dinero debería ir al hospital público y no va, quien lo está pagando es el asalariado, que es el sujeto que paga impuestos de cualquier manera, que no puede deducir nada. Entonces, no se debería poder deducir. Creo que hay un grupo de médicos que gana con eso, que son los médicos empresarios, pero ahí ya no considero que estén actuando como médicos, específicamente. Creo que hay muchos médicos que ganan dinero con la medicina, como el dueño del tomógrafo, que subemplea a un montón de radiólogos y solo reparte la torta entre él y los socios capitalistas. Yo creo que el médico, que actúa como médico, no gana mucho con ese tipo de medicina. Yo, como médico, estoy dando atención, atención directa, asistencia, exactamente. Y ese médico de convenios termina siendo un empleado. (Doctor Diego)

Los exámenes complementarios son, pues, representativos de toda esa situación. De hecho, tornan más objetivo el raciocinio médico, le permiten sustentar su juicio con un conocimiento mayor, y facilitan la toma de decisiones, sobre bases menos subjetivas. También son conocimientos que se hacen públicos y le permite al profesional compartir la responsabilidad de la intervención.

Para el médico, el complemento del examen clínico se torna, muchas veces, central. Como procedimiento diagnóstico, los exámenes complementarios pasan a ocupar toda la esfera reflexiva de su trabajo: pareciera que, una vez pedidos todos los exámenes necesarios, estaría concluido todo el esfuerzo reflexivo del médico para hacer su juicio. De la lectura de los exámenes, pues, deriva el proyecto de intervención, el tratamiento.

Por otro lado, la misma objetividad es transmitida al paciente, que la toma como recurso evaluador del raciocinio médico y de su juicio clínico. Para el cliente, los exámenes también pueden ser el punto central de la consulta.

Uno de los alegatos para el pedido de exámenes, más allá del riesgo, es la idea de que todo examen, en el fondo, tiene algún beneficio, permite descubrir algo que no se previó y, desde el punto de vista estrictamente probabilístico, es verdad. Pero creo que el razonamiento no debería ser ese, porque, si te hiciera una tomografía, puede ser que encuentres algo que no sabías, que está comenzando, y que puede ser tratado. Entonces, en ese sentido, siempre puede tener algún beneficio. Pero creo que el médico no puede pensar así, si no a cada paciente que entre al consultorio, le pediría 300 exámenes. Creo que la medicina norteamericana fue un poco por ese lado a causa de la mentalidad defensiva del médico, porque, se aparece alguna cosa que el médico no vio, el médico está jodido. Y yo creo que la mentalidad no tiene que ser esa, porque, si no la persona se pasa la vida haciendo exámenes, y no hay dinero en el mundo que consiga pagarlo. Ese es un extremo, y saber lo que es aceptable para cada situación es una gran dificultad. No existe una lista de exámenes que son indispensables para tal enfermedad, porque esa lista cambia de San Pablo a Campinas, a Ribeirão Preto o a Quixeramobim, y cambia de acuerdo con el paciente. [...] Entre profesionales competentes, que se preocupan con un buen ejercicio de la medicina, existen pocas discrepancias sobre qué sería lo fundamental en determinada situación. Existe una tendencia al consenso en personas que invierten en el buen ejercicio de la profesión. No es un consenso absoluto, pero si agarrás un caso y se lo mostrás a dos profesionales muy dedicados, creo que ellos van a disentir poco con relación a cuáles serían los exámenes indispensables para esa situación y para ese paciente. (Doctor César)

Creo que la tecnología nos está haciendo repensar, porque el mayor cuidado realmente es tener una afectividad, controlada, con el paciente, para intentar ver qué es lo que quiere. Esa sensibilidad no depende de aparatos, no depende de que seas bueno o malo en tu propia vida, no depende de si tenés dinero o no. Depende de estar ahí, presente, apto para captar realmente el mensaje de esa persona. Porque la tecnología crece, crece, pero no está mejorando algunas condiciones que podrían haber mejorado. Por ejemplo, la cura del cáncer, con toda la tecnología, la cura del sida, con toda y tanta tecnología. La parálisis infantil terminó, se erradicó, pero ¿por qué no sucede con el cáncer? ¿Por qué no sucede eso con la sífilis, que se está recrudeciendo? [...] Los médicos tienen un sexto sentido, por lo menos parte de los médicos. Incluso, si comparamos con otras profesiones, los médicos son mucho menos tecnicistas, pero como son pocos los médicos que son conscientes de eso, solo lo usan cuando no tienen más recursos técnicos. Es decir, van hasta un punto, donde no hay más qué hacer, el paciente se va a morir, o va a perder un órgano. O sea, él invirtió toda la tecnología y, ahora, escapa a su control. El médico interpreta eso como una falla. (Doctora Cristina)

¿El miedo a equivocarse y ser procesado, o la posibilidad de conocer más? ¿Las desventajas de los costos que alejan a los clientes, o la oportunidad de tenerlos con una mayor presencia de recursos tecnológicos? ¿Ser más diligente y mostrarse seguro de su razonamiento, valiéndose complementariamente de la tecnología, reduciendo las chances de equivocarse; o creer más en esos subsidios que en su reflexión, aumentando las chances de equivocarse? Estos son los dilemas señalados en los relatos que marcan al médico contemporáneo, cuyo desafío es encontrar una síntesis conciliadora de las diferentes direcciones al interior del acto.

Sin embargo, cabe señalar que, en contextos de múltiples mediaciones, la solución de los médicos no es la de buscar una síntesis, sino acentuar la base del conflicto pues, frente a tantas tensiones —exceso de solicitudes de los pacientes, de

demandas de los clientes institucionalizados, del consumo que el propio hospital espera—, el médico responde con más pedidos de exámenes. Se crea un círculo vicioso en el que los excesos provocan más excesos, nuevos eventos se suman a los anteriores, y los límites de la tecnología son más difíciles de distinguir.

Reconocer la necesidad de los límites puede no estar tan presente para el médico en el momento diagnóstico pero, por ejemplo, en casos terminales o de difícil impacto terapéutico, este problema se presenta con mucha claridad. Ambas situaciones envuelven cuestiones éticas directamente tensionadas con la técnica. Pero el dramatismo que esa tensión alcanza en el segundo caso asume el carácter de un verdadero conflicto moral: frente a un posible beneficio tecnológico, aunque improbable, usar o no la tecnología revela toda la ambivalencia de los deberes opuestos. Y si para el primer caso, la anamnesis bien hecha y una conversación prolongada y atenta pueden ser dispositivos de superación, para el segundo, no hay recurso técnico disponible.

No obstante, el *saber práctico*, que ya fue un buen camino para buscar ser *prudente en el juicio clínico* y tomar decisiones más conciliadoras o moderadas, aún puede configurarse como la base para intentar otros caminos. Pero ante el desarrollo de la medicina tecnológica, *apelar a la experiencia práctica* no es un recurso visible para los jóvenes médicos, cada vez más formados en el uso directo de los protocolos técnico-científicos, solo es una posibilidad para aquellos que se formaron con alguna referencia al *arte* y con mayor experiencia profesional.

Antiguamente, no había tantos recursos como los que tienen hoy, entonces, cuando llegaba el final, no se entubaba, no se hacía nada, y el paciente moría... Y terminó. Un chico no tenía un paro, se moría, que es diferente. Hoy en día, el personal ve la muerte como un paro. Si es un paro, entonces vamos a reanimarlo. A veces, les digo: "Miren, él se está muriendo, se va a morir, no va a parar, ¿entendieron?" Hay que dejar eso bien claro. [...] Ese es un dilema muy actual. Hasta fines de los años 1980, no había esos kilos de drogas, ni modos de ventilación mecánica, ni cosas para transfusión, antibióticos, un montón de recursos. Ese problema de la terapia intensiva, hoy, es un problema serio. Por ejemplo, una de las niñas que está en el hospital particular, en la UTI, en la guardería hospitalaria, la tomografía de ella —yo no lo entiendo, es hasta una cuestión filosófica— es un agujero, solo tiene agua en la cabeza. La cabeza de ella es un agujero de agua: es ciega, sorda, está con ventilación mecánica, no tiene el más mínimo contacto. ¿Qué mantiene ese hilo de vida? Un corazón latiendo y ese aparato funcionando. Y ella está así hace casi un año. Son los llamados hijos de la terapia intensiva. Y ¿qué se hace con una criatura de estas?, ¿qué hacer? (Doctora Alice)

Creo que hay una tendencia a buscar un entendimiento funcional; entender la función más que entender la ubicación, sin duda. Eso recupera el espacio de la anamnesis, en relación con los exámenes. No es raro que yo sepa qué tiene el paciente antes de examinarlo. Formular el diagnóstico antes de examinarlo. La anamnesis volvió a ser muy importante. Ya pasó, creo, esa moda de: "Vamos a hacer un ultrasonido" [...] Creo que para la medicina es un arma muy importante. Te posibilita diagnósticos que, de otra forma, no los harías; confirma ciertos datos, que ya sabías de la historia y que no valorabas. Y también es sensible al método que estás usando. Por ejemplo, en neumología, una radiografía de tórax tiene una sensibilidad muy inferior a una técnica de tomografía que se llama tomografía de alta resolución. Cuando surgió la tomografía de alta resolución, se comenzaron a ver signos muy precoces, que se correlacionan con la futura

aparición de la imagen y que están relacionados con síntomas, también precoces, que no veías ni en la radiografía. Ahora, cuando un paciente tiene una historia poco específica, hacés una tomografía y comenzás a ver que tiene alteraciones intersticiales precoces, que pueden ser un precedente de una colagenosis, que detectás incluso a nivel serológico, antes de que el tipo tenga el síntoma. Y la gente aún no sabe cuál es el impacto que tiene la intervención en eso. [...] En los últimos diez años, cambió completamente el abordaje diagnóstico, la sensibilidad y el diagnóstico precoz, mucho más porque los exámenes se acercaron a la historia, que porque se hagan más exámenes. Es decir, el cúmulo de conocimientos sobre los exámenes permitió revalorizar la clave de la historia. Creo que la historia es siempre la misma, lo que puede suceder es que revalorices la historia. Una de las características de mi práctica clínica es sacar la historia. Tengo pacientes que dicen: "Usted me pregunta cosas que nunca nadie me preguntó". Hay una paciente que tuvo una pleuritis, pericarditis, artralgia, todo de una colagenosis, y nunca nadie le preguntó de forma sistemática. Ella ya tenía tomografía, ecg, todo. Ahí, obtuve una historia de ella. Esa mujer vive en mi consultorio, hasta hoy, porque yo saqué su historia. Para ella, el acto médico más importante que yo hice fue la historia. Es decir, la historia de ella estaba ahí, todo. Lo bueno de la historia es que siempre está ahí, a priori. Pero, tal vez, el especialista consiga valorar más los datos históricos. Cuando la medicina logra estar más armada, la conversación del generalista se acorta y, por el contrario, la del especialista se extiende [...] Difícilmente vamos a tener una regla para la práctica. En algunos casos, vas a necesitar más de la historia, en otros, vas a necesitar más de los exámenes, hay que tener acceso a todo, ¿no? (Doctor Danilo)

En congresos, vemos que las personas que profundizan más, piensan más los exámenes que piden: la lista es selectiva, es una lista bien pensada. Es decir, las personas más especializadas tienen más criterio. Yo percibo que los profesionales nuevos, con poca experiencia, siempre van a tener más dificultad. Siempre fue así. Pero veo la cosa hoy —es una impresión mía, subjetiva—, pero percibo que existe una tendencia a pedir muchos exámenes: primero, porque hay muchos profesionales nuevos y, segundo, a causa del poco tiempo de la consulta, de la masificación de la atención. Creo que existe una relación: consulta corta y muchos exámenes. Creo que es así. Muchas veces, en el centro de salud, iba a pedir un examen y, después, conversando mejor, te das cuenta de que no era tan así; a veces, cambiás el examen o no pedís ningún examen. Entonces, creo que existe una relación inversa entre la duración de la consulta y los exámenes. (Doctor César)

Los exámenes, como consecuencia de una reflexión clínica, aunque sea un gran número, asumen otro significado: no el de un exceso de investigación, sino el del justo procedimiento para confirmar un razonamiento. Así, el desafío actual no es exactamente la cantidad de exámenes, sino el modo en que ese intermediario se conecta con la práctica del médico.

El examen, cuando es un fin en sí mismo, aleja al médico de sí. Es consigo mismo que el médico se relaciona cuando reflexiona sobre su conocimiento científico. Así, si pasa a usarlo de forma rutinaria, mecánica y acrítica o sin evaluar su aplicación concreta, se torna un agente mecánico y mero aplicador de la ciencia. Por consiguiente, deja de existir en su acto como sujeto de la técnica, es decir, deja de ser efectivo como agente de la práctica, en la cual, con el apoyo del saber, debería crear un proyecto de acción. Al restituir los exámenes a su condición de medios, el médico también retorna a la condición de sujeto detentor de conocimientos y técnicas, reencontrando un saber que es suyo.

Menos sometidos a las múltiples presiones de los engranajes, los médicos especialistas, como bien mostró el doctor Danilo, pueden disfrutar de esa situación y, curiosamente, revivir algo del “arte” de la profesión y recrear la práctica del generalista: visitar con mayor rigor los conocimientos de la clínica médica, recomponer información del conjunto del caso y hasta incluso acercarse más al enfermo, aunque haya sido elegido para ser uno de los diversos intermediarios en la medicina de las múltiples especialidades.

Sin embargo, ser especialista no es una garantía absoluta de eso, dado que, en la esfera del conocimiento científico, existe otro círculo vicioso, en el que la información genera nuevas demandas de más información, lo que revela la existencia de un mediador más en la relación médico-saber: el propio conocimiento.

Como valor en sí, el conocimiento científico pierde sus referencias en la realidad social, pierde conexiones con las intervenciones y, sobre todo, con las necesidades de salud que motivaron las intervenciones. Análogamente al uso del conocimiento en la práctica del médico, aquí, es la producción de conocimientos que puede dejar de ser un medio para esa práctica. En otros términos, la práctica deja de ser la razón para hacerse ciencia. En ese caso, los desafíos son la actualización del médico en los conocimientos y en las técnicas más recientes, o la incorporación de equipamientos como producto de estos conocimientos, o el modo de regular el uso de las novedades terapéuticas. También aquí, perder el control sobre lo que se va a conocer, cómo y en qué ritmo es perder el sentido crítico al interior de su práctica.

Pero el desafío de la crítica no se resume a un solo tipo de saber, o al ritmo creciente del desarrollo científico y tecnológico. La experiencia clínica del médico también debe ser un tema de reflexión permanente. En este caso, la tarea crítica es separar la dimensión de la experiencia clínica que corresponde más a una experimentación, de la experiencia que se adquiere a lo largo de la vida del médico. Esta última, por el contrario, puede ser la base para la reflexión crítica.

Así, la referencia para el desarrollo de la crítica es la técnica como práctica social: el proceso de intervención que responde a las finalidades del trabajo en medicina, al tener que satisfacer las necesidades de los enfermos. Cada caso que pone a prueba el potencial crítico del médico y todos los casos de su trayectoria profesional son la base para dudar y reflexionar. La medicina como trabajo reflexivo encuentra sus fundamentos, ante todo, en el propio cotidiano de la práctica.

La medicina tiene algunas cosas que son curiosas, y solo las percibís con el tiempo. Existen varias cosas que se hacen porque tienen fundamento, y otras, por modismo. Por ejemplo, los antibióticos son una cosa de moda. A veces, prescribir un antibiótico de moda es complicado; hay algunos que no pasan de moda, como la vancomicina, si tenés dudas, tomá una vancomicina, que todo va a estar bien. También existen algunos “revivals”. Es impresionantemente igualito a la moda: se impone como la moda, se anuncia, se publica, se deja de usar. Yo diría que eso es una cosa más reciente. Por ejemplo, si tenés un paciente con sida, la primera cosa que le prescribís es una cantidad enorme de remedios que no tienen sentido. Es la cuestión del tratamiento versus el diagnóstico: yo no sé qué es, pero le voy a tirar con todo, disparar para todos lados, a alguna cosa le pego. Funciona un poco así. La cuestión de los antibióticos también es esa. Primero, da una pereza enorme aprender, no hay nada con tanta información

como los antibióticos. Si querés estudiar ese tema vas a estudiar ese tema, como los infectólogos, que estudian eso. Pero en tu práctica clínica, para cada tipo de enfermedad, se eligen moldes, ¿no? Para eso, voy a usar tal cosa. Y es así, es muy bueno. Y la moda ayuda en esa elección. [...] Las nuevas modas aparecen en los congresos, las novedades... Esa cosa de usar lo nuevo, la presión del médico... Cuando yo era interno, apareció una droga nueva, la cefalosporina de segunda generación, que sería la solución definitiva para el choque séptico, que era el Mefoxin. Recuerdo que en el hospital-escuela necesitabas pedir una autorización para la Comisión de Infección Hospitalaria para usar Mefoxin. Hoy en día, el Mefoxin se usa para hacer profilaxis de cirugía y, para algunas cosas, es un buen antibiótico. [...] ¿Cómo se crea una moda? Primero, lanzás un buen antibiótico y estimulás el uso. Cuanto más se usa, más resistencia tiene. Ahí, lanzás otro y decís que encontraron que el anterior solo da el 80% y este el 90%. También está la cuestión del acceso, hay que ir a la farmacia, el uso es controlado. Cuando yo era residente, hice un estudio piloto de un antibiótico que estaba siendo lanzado: la ciprofloxacina. Hoy en día, dan cipro para la gripe. Como droga, es perfecta, pero no es para tratar una gripe. No es para eso que el conocimiento fue generado. Pero se usa para tratar la gripe, porque es una cuestión de moda. Ahí viene la presión del acto médico, porque lo que el médico cura, hoy en día, es la infección, cosa que no hacía antes. Hasta hace poco tiempo atrás, la curaba de vez en cuando, cuando una sulfá agarraba. Hoy en día, la cura mucho más, tanto que pasó a existir el reclamo opuesto: ¿cómo no curó mi infección? ¿El tipo murió de neumonía, casi en el año 2000? Sí, murió de neumonía, claro, porque mata, y sigue matando. Eso hace que se use el antibiótico de esa forma. Y se tornó una cuestión de moda: aunque no sirva, no sea específico para lo que querés, tanto los médicos como los pacientes se disponen a usarlo. Eso también sucede con los exámenes diagnósticos. Para el cáncer de pulmón, se comenzó a ver que, para algunas situaciones, la tomografía era mucho mejor que la resonancia —que es más reciente—, y que la planigrafía es mejor, para ciertas situaciones, que la tomografía, pero esta fue considerada necesaria, antes que existiera esa crítica.

El ritmo creciente de la tecnología hizo más corta la vida media de la moda, es decir, una cosa aparece y entra en el ocaso muy rápidamente. En el sentido de forjar un espíritu crítico, eso acaba contribuyendo. Pero la contrapartida de eso es que la crítica solo aparece después de que se constata el efecto negativo. Por ejemplo, el catéter para medir el gasto cardíaco. Si vas a tratar un infarto, si mediste el gasto, es mejor, entonces, ahora toda las UTI lo tienen, todo el mundo lo hace, todo el mundo habla de eso. Y nunca se testeó su eficiencia. En septiembre, salió un artículo bien diseñado, con la crítica de que no es un protocolo prospectivo, porque los protocolos prospectivos no se pudieron realizar, porque las personas se rehusaron a no usar el catéter como alternativa de tratamiento o de intervención. El artículo mostró que morían muchas más personas cuando se utilizaba, mucho más. Eso, 20, 30 años después de que el catéter se empezó a usar. Entonces, ahora, la comunidad que lo usa está... Recibí una carta de una asociación americana, a la cual estoy afiliado, diciendo que no es para inquietarse, que no es para no usar, que van a hacer un estudio. Esa moda tardó 30 años en ser cuestionada, y era considerado un beneficio: si no lo hacías, estabas haciendo menos por tu enfermo. Las modas varían en ese sentido, y la crítica, el efecto negativo solo puede ser medido mucho tiempo después.

Actualmente, suceden dos cosas. Existe un creciente número de consensos formales... se publica el consenso de la sociedad brasileña de neumología sobre el tratamiento del asma, que es un negocio enorme. Teóricamente, un consenso generado, que debería dictar las reglas del tratamiento del asma en el centro de salud, ¿cierto? Es para eso que sirve que yo —un especialista en el área— escriba un consenso: para que tengas una directriz básica. Pero nadie la sigue, ¿no? Los tipos dicen: "Escribieron un montón de cosas, perdieron mucho tiempo, y ¿qué cambia por acá?"

La otra cosa —que yo no llamaría consenso— es cierta información que se torna consenso en las charlas informales. No es intencional, es informal, y hay diversos factores que rigen su disponibilidad: la eficiencia de una cosa o de otra, si tenés hospitales donde el laboratorio dejó usarlo porque no se acreditaba...

Un ejemplo curioso de cómo eso se plantea en la práctica clínica: comencé a trabajar en la UTI de un hospital especializado en cáncer, en abril. En mi cabeza, ante un shock séptico, que es muy común, necesitás dosificar el lactato sérico para monitorear. Ahí, cuando entré al hospital, fui al laboratorio y pregunté: “¿Se puede dosificar el lactato?” Ellos me respondieron que habían montado el kit tres años antes, el examen fue pedido una vez por mes, durante tres meses, y nunca más. Entonces, ellos desactivaron el kit, pero que podrían remontarlo, si yo quisiera pedir el examen. O sea, primero, tenía, nadie lo pidió, nadie preguntó si hacía falta o no, ahora, yo lo quiero pedir, creé la demanda, tampoco nadie discutió si yo estoy en lo cierto o no, si va a tener un impacto, si va a ser positivo o no, si va a cambiar algo.

Ahí viene la tercera cosa. Llega el médico que derivó su paciente a la UTI, y le decís: “La oferta de O₂ no está buena, porque el lactato está alto”. Pasada una semana, ese mismo médico llega preguntando cuánto dio el lactato de hoy, con una postura del tipo: “¿cómo es que están tratando esa condición clínica, en la cual el lactato es tan importante, sin saber qué lactato dio?”. El tipo incorporó lo que para él es una moda, pues dudo que él, en esa semana, haya estudiado lo que el lactato representa. Lo que él incorporó es que si lo están usando, él lo comienza a usar, y pasa a ser el consenso local. Eso es extremadamente común. El tipo escuchó a alguien decir que es así como se trata, y, mucho más si ese alguien es reconocido como una persona que sabe sobre eso, queda de forma mucho más dogmática.

El médico estudia mucho más que otros profesionales, no tengo dudas. Pero, aun así, para la cantidad de información que manipula, debería estudiar más, porque o él manipula mucha información, o usa mucha información de oído, principalmente si aquella información no forma parte de su cotidiano. La medicina de los tratados, que corresponde a la medicina clínica de los grandes profesores, fue sustituida por las revistas, aumentando el ritmo de las actualizaciones. Eso construyó la idea de que el médico antiguo ya no sabe medicina y que el médico nuevo es el que sabe. Creo que hay algo de verdad en eso, mucho más por el sistema en el que uno y otro fueron formados, que por el hecho de ser nuevo o viejo. Por otro lado, existe la experiencia, que es inseparable del tiempo. Es decir, con 25 años no tenés experiencia, pero con 35, tenés un poco más y, probablemente, con 45 años tengas más aún... Ahora, hubo una adaptación por parte de los médicos más viejos a esa medicina de conocimientos más dinámicos. Identificás muy claramente el tipo que paró del tipo que no. (Doctor Danilo)

Un cierto equilibrio en el juego de la experiencia ante los nuevos conocimientos científicos y una interpenetración de saberes: he allí la materia de la crítica. La crítica es, pues, el propio reencuentro del médico con su saber, ya que funda la reflexión innovadora y creativa en el acto médico. Más aún, permite el encuentro con el paciente, a través de la revalorización de la acción social y de la dimensión práctica de la intervención y, al revalorizar el caso, “ser médico” es tratar el caso individual, para lo cual es importante valerse de la ciencia y de la experiencia, críticamente.

Lo que considero malo es no pensar. Si la tecnología favorece eso, entonces, ese es un aspecto malo de la tecnología, pero yo no estoy en contra de la medicina, no practico una medicina no tecnológica. Creo hasta que soy capaz de hacer, en mayor o menor grado, basado en mi experiencia, pero no creo, a priori, que sea malo. Y, si hay aspectos

negativos, todo tiene un lado positivo, que tiene que ser equilibrado. Si pienso hoy en la medicina que aprendí, la medicina que practico, y pienso qué cambió fundamentalmente en mí, creo que fue la forma de pensar cada cosa que veo. Y lo que posibilitó eso fue contar con una mayor información que pude juntar con el razonamiento de ese cuadro, tanto la información de la experiencia, como la información de la lectura. [...] Soy un tipo que está mucho más preocupado, hoy en día, con el paciente. Cuando yo me formé, estaba mucho más preocupado por el conocimiento que por el paciente específicamente, es decir —es medio grave decir eso— pero el paciente era un instrumento. Soy un individuo que vive constantemente esa distinción entre la persona y el médico, por tener una actividad que, teóricamente, exige un grado de dedicación muy grande, sino exclusiva... Esa cuestión no está resuelta para mí. En ese sentido, estoy dividido con relación a la profesión. [...] Después, tengo una preocupación muy grande por el acto médico, qué es ser médico, y eso es cada vez más fuerte en mi práctica. Eso está cambiando bastante, no era una preocupación tan formal. Tal vez por no haber resuelto esa distinción entre la persona y el médico, la disponibilidad y el acto, me preocupan mucho. Estudio bastante medicina, me gusta, y es hasta lúdico, no es una cosa que me desagrada, no es un peso. Creo que eso me define como médico. (Doctor Danilo)

Porque, la medicina, creo que hay un gran, tal vez no grande, pero hay un porcentaje de sensibilidad, de experiencia. Ese es el gran peligro de la medicina: el sujeto va por su sensibilidad, y su sensibilidad está quebrada y acaba con la vida del enfermo, a veces. Pero creo que no existe una rutina a seguir. Se van abriendo claves a algunos tipos de patologías. Cuando hacés un diagnóstico, cuando el sujeto tiene un cáncer gástrico, sabés lo que tenés que hacer, tenés que hacer una biopsia, una estadificación. Pero antes de eso, en la fase diagnóstica, principalmente, creo que es mucho por sensibilidad, es mucho de sentir al paciente. Creo que es la razón principal por la cual los pacientes se sienten más cómodos con los médicos más viejos, porque creo que vas ganando seguridad y terminás siendo transparente. Es lógico que el exceso de seguridad, en medicina, nunca es bueno, porque en general sobrepasa el límite de la prudencia. (Doctor Diego)

Pero el retorno a la relación con el paciente ya no es muy simple, pues hay por lo menos dos problemáticas que se destacan. Una, relativa a la complejidad del saber especializado, que la tecnología material puso a disposición también del paciente, y eso ha suscitado negociaciones en torno a la intervención, desde el momento diagnóstico hasta el terapéutico. La otra implica esas negociaciones, se trata de encontrar un lenguaje común, formas de dialogar y de compartir responsabilidades.

Frente a una mayor gama de conocimientos disponibles, a los medios masivos de comunicación, a la medicina defensiva y aún a las incertidumbres y los riesgos implícitos en toda decisión médica, el desafío aquí es establecer una relación interactiva muy diferente de la que ha caracterizado a la práctica médica, que conquiste una abertura al diálogo y comparta razonamientos y decisiones.

En primer lugar, hay que considerar las divergencias de lenguaje, que la tecnología acentúa aún más y, una vez establecida esa dificultad en la relación entre profesionales, la traducción de las diferentes nomenclaturas, conceptos y nociones de cada especialidad a un lenguaje más común demanda ciertas habilidades que no siempre tiene el médico. A veces, el lenguaje es una especie de autoprotección, un distanciamiento que apunta a preservar la identidad profesional y la cohesión entre los médicos. Otras veces, aunque no quiera distanciarse, culturalmente el médico introyectó un modo de comunicarse dependiente de la jerga especializada.

La medicina es un tema curioso, tiene todo un lenguaje, que es la primera cosa que perdés: el lenguaje. Tanto para leer, para hablar, es muy complicado. El lenguaje que introdujo la biología molecular en los trabajos científicos —quien nunca lo vio no sabe— es otra lengua, es otra cosa. Es algo que me preocupa mucho... Es como la estadística, es un método, una herramienta: si no sabés, no entendés lo que es... [...] Entonces, en medicina, empezás a no entender de qué se está hablando, y la incorporación de ese lenguaje nuevo es mucho más factible que suceda en un ambiente institucional que vos solo con tus clientes. En ese sentido, la institución es la actualización de las modas y de las técnicas, y terminás estudiando algunas cosas de las que escuchaste hablar, que no sabés qué son. [...] Los laboratorios, hoy en día, de una manera general, mandan a los consultorios revistas de actualización destinadas a vender productos específicos, pero que terminan funcionando como aprendizaje. Por ejemplo, el laboratorio comienza a dosar antígeno prostático específico, no existía ningún marcador sérico de tumor de próstata. Hoy en día, existe un sistema muy eficiente, que se llama PSA. Y ahí recibís una revistita que dice el valor del PSA en el tumor de próstata. Esa revista te la mandó un laboratorio particular, porque hace el dosaje, está vendiendo ese producto y quiere que entiendas para qué sirve el producto. Eso, en los consultorios, porque ellos están vendiendo el producto. No sé cómo es en las instituciones que no tienen acceso. No estoy discutiendo si es importante que lleguen o no, estoy discutiendo cómo es que llega.

Puede suceder que esa forma de comunicación llegue de un modo distinto en diferentes tipos de instituciones, hasta por necesidades técnicas —algunas más especializadas, otras, no— pero, a partir de eso, podés tener una heterogeneidad de lenguaje entre los médicos. Esa es una diferencia entre el especialista y el no especialista. Comienza a tener una distinción, ¿no? Hablás de cosas que las personas no saben. Te doy un ejemplo: estudiamos mucho ventilación mecánica... Existe el lenguaje de ventilación mecánica que incluso las personas que usan ventilación mecánica cotidianamente no tienen. Y comenzás a decir cosas que el otro se te queda mirando como si estuvieras hablando griego. Y, en el fondo, estás hablando griego, porque él no tiene los conceptos de las palabras que estás usando. Entonces, si no cuidás la uniformización conceptual, podés crear barreras de diálogos, barreras de entendimiento. A veces, en una UTI, la estandarización de conductas no se da, y ahí es necesario tener una continuidad muy grande, porque los conceptos no son comunes. Cuando digo “reposición volémica”, puedo no estar diciendo lo mismo que vos, a pesar de estar refiriéndome al mismo problema... La lengua pasó a ser complicada, ¿no? (Doctor Danilo)

En la práctica de la medicina tecnológica, el hecho de comunicarse mal ha sido declarado por los propios médicos, lo que no deja de ser curioso, ya que la dimensión educativa siempre ha formado parte de la práctica médica. Por otro lado, en la comunicación verbal, tal como sucede con los exámenes complementarios, la dificultad del lenguaje y del diálogo con el paciente puede ser superada por una tecnología adicional, por ejemplo, el uso de medios computadorizados y de la informática. Se trata de una estrategia de comunicación con base en nuevos intermediarios, aunque estos de hecho faciliten una de las tareas comunicacionales, que es presentar información.

Aquí, una vez más es necesario pensar cómo puede ser aprovechada esta alternativa para evitar que, más que facilitar la comunicación, sea una barrera más en la relación médico-paciente, y cuestionar cuáles son los límites en el uso de este nuevo intermediario. Hay que encontrar el sentido por el cual esa transmisión de información favorece la interacción entre personas.

De manera general, los médicos tienen dos grandes problemas. El primero es ser pésimos oradores, tímidos, el no uso adecuado de la palabra no por ignorancia, sino porque no están habituados. Creo que eso es un don. La timidez, la incapacidad de expresarse y, principalmente, la falta de tiempo... ¿Cómo podés, en cinco minutos, tener una relación médico-paciente adecuada? [...] Un laboratorio hace una investigación de mercado, invita a algunos médicos interesados en informatización del consultorio. Me invitaron, yo acepté. Hicimos un debate. Había unos tipos, profesionales de los medios, escondidos atrás de un vidrio, para saber quién era el profesional más adecuado, y yo fui seleccionado. Ellos están haciendo un CD de apoyo para el cardiólogo, y soy yo el que está haciendo la parte teórica, aquello que considero importante dentro del consultorio, que creo que va a ayudarme. Por ejemplo, siempre le explicamos al paciente cuál es el lugar de las obstrucciones de las coronarias, dibujamos el corazón, y yo no sé dibujar, entonces, compré un corazón de plástico para mostrar, pero nada mejor que mostrar eso en la pantalla de la computadora, de forma tridimensional. Hay algunas cosas hechas con mucho humor, porque es mucho mejor hacer que vos te esfuerces por una calidad de vida, si tengo una forma divertida de mostrar eso. La dieta, el cigarrillo, algunas cosas para usar en el intervalo, mientras salgo un minuto, para atender el teléfono, el tipo mira eso. Lo ve en la sala de espera... Entonces, es un CD de apoyo, en vez de ponerme a hacer dibujos o mostrar porcentajes, le muestro imágenes al paciente, pequeñas peliculitas. En realidad, no pretendo enseñar a ningún médico, no es un CD tutorial, de enseñanza y actualización, es un instrumento. La idea es que el CD es como un estetoscopio, necesitás el estetoscopio y necesitás el CD, justamente para usar todo eso, para facilitar la adhesión al tratamiento, para que el enfermo comprenda mejor su enfermedad, confiando más en el médico y siguiendo el tratamiento...

Para que suceda eso, se necesitan algunas cosas. Primero, la empatía con el médico. Tal vez ese CD ayude al médico que habla poco, que se expresa mal, lo que, por otra parte, es muy frecuente. Aumenta el encanto, porque estás viendo una cosa bonita. [...] El laboratorio tiene otro producto: cintas de video que estandarizan conductas, una cosa científica, de actualización médica. Recibís en tu consultorio una cinta por mes de ICC o de drogas vasodilatadoras, que tienen un tipo que dice "Update", lo máximo de lo máximo. Los médicos hablan con dificultad... hablan mal... Y los pacientes se quejan... Escucho eso todos los días en el consultorio: "Yo iba de aquel tipo, que es un papa, pero el tipo no habla conmigo". Yo no tengo estadísticas para mostrar eso, pero es un problema. Entonces, yo creo que una de las formas de corregir eso es buscar un nuevo instrumento, un traductor.

El doctor Adib Jatene una vez dijo eso, que el gran problema es la comunicación. Yo creo que él tiene suficiente edad y experiencia para transmitir eso, y fue interesante que él lo haya dicho, porque ya en la residencia, yo me preocupaba por hablar... Debemos contar, hablar con la familia, siempre ser sinceros y contar todo, porque la mentira tiene patas cortas. El enfermo te va descubrir y eso ya sucedió varias veces, principalmente cuando estás trabajando en equipo. Yo no era el líder del equipo, me llamaron para opinar, dije una cosa, y el otro dijo otra completamente diferente, la familia pierde la confianza en el acto. En las puertas del siglo XXI, ningún ser humano confía —confía hasta cierto punto—, porque existe mucho recelo; entonces, perdés al cliente y disminuís la eficiencia. Entonces, yo cuento, explico, y creo que el CD me va a poder ayudar en eso... (Doctor Bernardo)

El problema comunicacional se agrava, en segundo lugar, porque hay divergencias entre premisas y alegatos sobre la práctica: la razón que preside la intervención y el modo de razonar que parece más seguro para el médico no siempre transmite

la misma seguridad para el paciente en general. Además, mientras para el médico el problema principal es el control sobre el acto, para el paciente importa menos la técnica que el resultado efectivamente alcanzado.

En tercer lugar, está el hecho de que las tecnologías han dificultado mucho las decisiones. Si bien los pacientes cuentan con un conjunto mayor de conocimientos sobre la patología y sus consecuencias, así como sobre la intervención y sus consecuencias, el médico tiene la agudeza de saber si pueden producir intervenciones reparadoras, sus límites y, principalmente, el tipo de cambios que pueden acarrear en la vida de cada individuo. En consecuencia, si bien el médico puede compartir información, no compartirá las decisiones.

Encontrar un modo de interactuar y comunicarse es el desafío, pero qué implica eso en la intervención es el dilema.

Hoy en día, una cosa que cambió mucho es el acceso a la información. Te sentás en tu casa, y entrás en Medline; levanta todo lo que hay sobre diabetes insulinoresistente con insuficiencia renal, y eso te capacita más que un tiempo atrás, cuando sabías lo que estaba en el libro, incluso en un tratado como el de Cecil. Eso está generando una situación curiosa, que es que el paciente llega a vos con la información, no es raro, ya me sucedió más de una vez, el tipo llega ya con la carpetita. Sucedió en el hospital especializado en cáncer, una papilomatosis de tráquea, que es algo super raro. Y, como todo es tan raro, conseguís tener toda la información necesaria, aunque no seas un médico, porque no hay tanta información. Y la paciente discutía conmigo de igual a igual, cambió la relación. Pero esa paciente, va a ser tratada por mí como paciente porque, a pesar de tener mucha información, no tiene la vivencia, la práctica. Puede tener toda la teoría, pero no tiene la práctica. La información que está más difundida para los médicos también está para la población como un todo...

Los reflejos de eso son curiosos: se publicó que alguien hizo el caballo de Troya, un lípido que carga un quimioterápico y demás. Ayer, trabajé en el ambulatorio de un hospital especializado en cáncer, y 20 personas preguntaron si no íbamos a usar la droga. No saben para qué sirve, no saben lo que es, no saben si funciona, pero ya está en los medios, ya está en el conocimiento. ¿Cómo me amoldo ante eso?, ¿qué digo? ¿Cómo me posiciono como médico con relación a eso? Porque, en realidad, en los medios, no hay información técnica, y voy a usar valores, para el juicio, que son diferentes (Doctor Danilo)

A modo de conclusión, se debe considerar que, si bien la persona del médico simbolizó la medicina liberal, eso no vale para la medicina tecnológica actual. Sus diversos sustitutos son los intermediarios en las relaciones médicas, la tecnología en la relación entre el médico y el paciente o entre profesionales y que, al final, representa un intermediario también en la relación entre el médico y su saber, además de sus equivalentes en la esfera de la organización y comercialización de los servicios médicos: la empresa, los seguros de salud, el Estado.

Su presencia produce, en el plano intersubjetivo, una especie de inversión del sentido de la relación entre personas: no es más el médico el que se relaciona con el enfermo y lleva a esa relación los conocimientos y técnicas que permiten su acción: él es ahora un medio, un recurso para la relación de los pacientes con la tecnología

de la medicina. Del mismo modo, los pacientes se tornaron medios para los médicos en su relación con el conocimiento —la ciencia y los descubrimientos— y medios también para la relación del médico con los engranajes empresariales del ejercicio de la profesión.

Se trata, pues, de un intenso cambio en el significado de las relaciones entre individuos en esa nueva práctica y, con ella, cambian también, en el pensamiento de los médicos, la técnica y la percepción acerca de qué es problemático en el trabajo.

En el período en que la medicina tecnológica se gestaba como superación de la medicina liberal, la pérdida de la *autonomía del médico* se fue constituyendo en la cuestión emblemática, lo cual marcó el *valor de la libertad individual* como referencial de gran importancia para los médicos, llevando, incluso, a la identificación de una nueva inscripción material y simbólica de esa libertad, creando otra (nueva) autonomía en el ámbito profesional.

En la medicina tecnológica ya consolidada, la expresión más clara de los problemas es la pérdida de los vínculos interpersonales que posibilitan la autonomía recreada de la dimensión técnica de la práctica médica. La búsqueda de nuevas conquistas, en ese sentido, demanda otras construcciones asistenciales. Aún sin mucha claridad de qué camino tomar, lo cual parece ser el núcleo de los interrogantes y de las dudas de los médicos acerca de su trabajo.

Algunas pistas están señaladas en las narraciones de los entrevistados, tales como las innovaciones tecnológicas *versus* una más cuidadosa incorporación de estas innovaciones a la práctica profesional; el uso rutinario y mecánico de la tecnología *versus* el retorno de la crítica, del trabajo reflexivo; la especialización que exige un complejo raciocinio clínico sintetizador frente a la necesaria recomposición de los datos; la dificultad del exceso de datos y de información en los procesos diagnósticos, frente a las cuestiones de los límites de la tecnología, la discontinuidad de los cuidados con efectos problemáticos en la atención; el consultorio-empresa, la multiplicidad de empleos y la diversidad de situaciones de práctica con el desgaste en el trabajo.

En ese nuevo conjunto de problemas hay al menos dos grandes cuestiones. En el plano técnico-científico se debe superar una cierta crisis relativa al juego de los saberes involucrados: de la tecnología a la experiencia clínica del médico. Una crisis de confianza socaba las bases tradicionales y paradigmáticas de los saberes implicados en la práctica del médico. En el plano humano, una de las grandes preocupaciones de los médicos son las interacciones, que se podrían inscribir en el terreno de la ética de la interacción o de la acción comunicativa.

Esas dos cuestiones no son independientes entre sí: tienen como trasfondo común las formas actuales de relaciones entre individuos, en las que los medios sustituyen a los fines. Los mediadores de las relaciones escinden la propia relación, y oponen el plano del individuo al plano de la interacción, tanto en la producción, como en el consumo de los servicios médicos. Una reificación de la tecnología como un bien en sí y una subversión del sentido interactivo de las relaciones humanas —plateadas hoy como un cara a cara entre solitarios, y no como encuentros— revelaron la pérdida de la relación de complicidad y cooperación antes vigente. Se instaura así una crisis emblemática, cuyo sentido es la pérdida de la confianza en todas las esferas

relacionales: la crisis de confianza es la principal cuestión de la medicina tecnológica, sea entre el médico y su paciente, el médico y sus colegas y otros profesionales en el trabajo y el médico y su saber.

¿Qué es lo que habría provocado esa inversión de sentidos en una práctica muy anclada en la relación interpersonal? Este es exactamente el dilema actual cuyo gran desafío es la reconquista de las relaciones: si la pérdida de relaciones más personales no marca tan solo a la medicina, en ella asume la forma de un *drama ético* (Ricoeur, 1995), por las ambivalencias que inscriben en la práctica de los médicos (Schraiber, 1996), a las que se pueden caracterizar como *conflictos de naturaleza moral* (Freitag, 1992, 1989). Se trata de dilemas planteados por un “conflicto de deberes”. En esa situación, que se manifiesta como el *carácter trágico* de la acción, el sujeto apela a la ética para decidir. Como muestra Ricoeur, he allí una articulación entre ética y moral (deontología, deberes) que se revela como una *sabiduría práctica*, creando toda una especie de “jurisprudencia” para la intervención.

No solo en medicina las interacciones humanas están perdiendo sus matices más interpersonales, pero el hecho de que se interpongan siempre tantos intermediarios hace que la poca presencia de algunas esferas de interacción sea difícil de vislumbrarse. Al reflexionar sobre el momento actual de nuestra sociedad, Augé (1994) lo define como “supermodernidad” y lo caracteriza con la figura del *exceso*: la superabundancia factual y espacial y la individualización de las referencias. El exceso de información y de acontecimientos conjugado con la rápida movilidad y el exceso de lugares para estar y convivir genera otra forma de ver la propia identidad. El individuo que se sumerge en ese movimiento no consigue establecer un tiempo y un espacio como suyo: un lugar de enraizamiento en el que se reconozca a sí mismo y allí, en una cultura determinada. Ese individuo se aísla en sí, y ese es su lugar. De allí que pasa a individualizar sus referencias y a concebir de otro modo sus relaciones con los otros. Necesariamente, los significados de lo social y lo humano cobran sentidos específicos de esa situación, que son diferentes a la dimensión interactiva del vivir, al mundo de las relaciones intersubjetivas.

En la esfera de la práctica médica, los cambios en las relaciones interpersonales se atribuyen a los múltiples intermediarios hoy inscritos, que son los equipamientos e instrumentos diagnósticos y terapéuticos, pero también la especialización, que interpone innumerables actos médicos y paramédicos al curso de cada programa asistencial. Eso altera la noción de la propia relación entre individuos: médicos, pacientes, enfermeros, colegas de profesión, etc.

Adicionalmente, el humanismo se puede definir como una relación en la cual la interacción es abrirse al otro (Heller, 1991, 1992; Lévinas, 1993; Bubber, s/d.), y allí radica la ética de las relaciones. Abrirse, en este caso, es compartir algo, es decir, en medio de una multiplicidad de diferencias, buscar la humanidad común: individuos particulares que son diferentes, pero tienen una humanidad común, en la que cada uno frente al otro, se encuentra de nuevo.

Desde el punto de vista de la identidad cultural, ese encuentro identificador ha sido referido a sociedades determinadas. En otros términos, se trata de la situación en la que, por medio de las relaciones vividas, los individuos reconocen que pertenecen

a un mismo contexto, y constituyen una determinada sociedad, que es el lugar de identidad. Según Augé (1994), esa percepción se debe a la transparencia entre cultura, sociedad e individuo. Pero la intensa movilidad contemporánea produce un borramiento de las fronteras y cambia la referencia de las identidades, lo que puede convertir a las relaciones en productoras de interacciones simuladas.

Canclini (1990) describe muy bien esa idea de las simulaciones. Al estudiar a los habitantes de la frontera mexicana muestra que, al transitar siempre entre México y EE.UU., estos mexicanos asumen comportamientos de ambas culturas, pero sabiendo que al atravesar la frontera es mejor ser identificados como mexicanos típicos, por lo que acentúan el comportamiento de lo que imaginan que el otro espera. En síntesis, exageran el estereotipo. Y esa es la base de su relacionamiento con el otro. Este autor reproduce un reportaje local para ilustrar el sentimiento de identidad resultante: “Reportero: ¿Qué se considera usted, pues? Gómez-Peña: pos-mexicano, prechicano, panlatino, transterrado, arteamericano... depende del día de la semana o del proyecto en cuestión”. El juego de las relaciones entre individuos, por lo tanto, pasa a ser algo ilusorio, y la simulación toma el lugar de la apertura al otro como forma de interacción.

Por aproximación, se puede aplicar esa idea a la práctica médica. Los intermediarios ocupan ese lugar del otro —otro individuo— en la relación. Por un lado, eso facilita que cada persona tenga interacciones múltiples, pues pasa a relacionarse con la diversidad a través de un elemento determinado: el intermediario. La abundancia de lugares donde ir, de modalidades de asistencias y cuidados para recorrer y de relaciones con profesionales, además de ser inestables y temporarias, complejiza las relaciones que cada paciente debe establecer. En todos estos recorridos interactivos, los elementos fijos son los intermediarios, que pueden definir un lugar, una identificación. Para los profesionales, el problema es el mismo, por la cantidad de personas y casos, la rapidez de la producción y la parcialidad de sus intervenciones individuales.

Por eso, la apertura se destina a los intermediarios. En el imaginario acuñado en ese proceso, es como si ellos pudieran alcanzar al otro. Y hasta, tal vez, pudieran producir un encuentro con el otro, si los movimientos fueran recíprocos y con la misma apertura de cada uno hacia el otro, lo que, todavía, no ocurre.

En el plano simbólico, pareciera que alcanza con conseguir potencialmente esa convergencia para superar los problemas. De allí que, por ejemplo, para los pacientes, tener un plan de salud o hacerse exámenes significa ya estar junto al médico. Acceder a tales intermediarios representa estar tratándose. Del mismo modo, para los médicos, al indicar exámenes o tratamientos y acceder a los intermediarios, pareciera que ya están tratando a alguien.

Sin embargo, la pérdida de la interacción hace que la reciprocidad de movimientos sea bastante incierta para un encuentro y la consecuente concretización de la atención, lo que coloca la adhesión y la confianza como necesidades médicas aún mayores, en el centro de un cierto control posible de la eficacia de la práctica. Pero, en la actualidad, tratar de estas cuestiones supone reconocer que el punto crítico fue haber substituido el encuentro entre personas por la relación de cada uno con los intermediarios en los intercambios interindividuales.

En la medicina liberal, cuya base estaba en gran medida en la posesión de un saber y en la experiencia personal de cada médico, la mayor dificultad fue la escasez de recursos tecnológicos. En la medicina tecnológica, la dificultad está en la abundancia. La medicina ya no busca alternativas diagnósticas o terapéuticas, sino discernir cuál es la mejor entre muchas posibilidades, incluso en situaciones de carencias concretas. No se trata tanto de crear medios de intervención sino de definir límites, haciendo la mejor composición de los medios existentes. Por eso, más que a un proyecto de intervención o de determinados cuidados, cada caso —cada enfermo— está vinculado a una combinación de asistencias.

Administrar el conjunto de esas asistencias también presenta dificultades: una nueva división del trabajo y la aparición de equipos y trabajos articulados en asociaciones de profesionales. Y eso, claramente, impone a los que supervisan, controlan y evalúan los equipos, tanto en la producción de cuidados como en los límites de los costos. Gerentes y auditores son los nuevos personajes en la escena médica, otros intermediarios más.

Específicamente, respecto de la práctica del médico, el efecto de todos esos requerimientos de la medicina tecnológica fue transformarla en un acto mucho más difícil y un trabajo reflexivo mucho más complejo, para que continúe siendo un acto de la clínica y su agente una autoridad legítima frente a la medicina tecnológica. Y si la legitimidad estuvo relacionada al ejercicio de un juicio criterioso, a la decisión reflexiva sobre el mejor tratamiento y a la responsabilidad por la concreción asistencial, su conquista ciertamente pasa por otras formas de relación y en la que el entendimiento con el otro, sea el paciente o el equipo de salud, tiene que ser buscado considerando las nuevas posiciones que estos otros ocupan en el proceso asistencial. La posibilidad de producir el cuidado efectivo, juzgar el caso con prudencia, decidir con alguna certeza y precisión y actuar con la complicidad del paciente y de forma integrada a otros profesionales requiere de una nueva ética relacional.

Capítulo 10

Técnica y ética en la práctica médica: espacios y relaciones de los sujetos

¿Por qué, en la medicina, las relaciones entre individuos deben ser de interacción personal? ¿Qué hace que esa esfera interactiva sea tan importante para la práctica médica?

Ya se analizó cómo se produjo el distanciamiento interpersonal y la inserción de intermediarios en las relaciones, y las cuestiones suscitadas en esos cambios es lo que orientan las consideraciones de este capítulo.

Se admite que los cambios en las relaciones es una doble pérdida para la medicina: como *valor ético* y también como *necesidad técnica*, al menos en la actual configuración de su práctica. Los vínculos de confianza y una ética de las relaciones que los viabilice son esenciales para la acción técnica del médico, tornando esencial el encuentro entre la técnica y la ética.

La práctica del médico, tal como se configuró como intervención científica y moderna, no puede prescindir de su característica de trabajo reflexivo que se produce de un modo individualizado, a menos que se reformule como práctica clínica. Y por ahora, la clínica, como saber orientador de la intervención médica, aún es el referencial vigente. Solo su superación llevaría, entonces, a otro modelo de intervención, otro proyecto tecnológico y asistencial en medicina.

La conformación actual es el resultado de una determinada respuesta encontrada por los propios médicos a ciertas controversias internas de la profesión y de la práctica médica, dado que es simultáneamente una producción social de trabajo: por un lado, la necesidad social o la finalidad del trabajo médico, a través de los productos que debe alcanzar, lo cual se amplió a una atención de la salud y no solo de la enfermedad y, por otro lado, su especial objeto de intervención, ya no solo el enfermo, sino los clientes de los servicios de salud, estén enfermos o no.

La forma encontrada para integrar esas exigencias es la propia tecnología de intervención, la clínica como el *saber operante*. Ese saber sigue siendo la mediación entre la ciencia y la intervención, que combina, en el contexto práctico, conocimientos científicos con conocimientos de la experiencia acumulada por los médicos a lo largo de su ejercicio profesional.

Por un lado, la clínica responde a la necesidad social de salud, recuperando individuos según ritmos y modos socialmente apropiados para ellos, o evitando los padecimientos; por otro, amparada en conocimientos científicos, responde a la ciencia. El proceso de trabajo debe satisfacer demandas individuales que, de ese modo, lo testean y legitiman. Pero todo esto debe ser producido a escala social y, dado que esa escala

está basada en la producción y en el consumo individual de los servicios, cabe aún a ese saber dar alguna uniformidad a la intervención.

Por lo tanto, dentro de estas exigencias hay una dimensión que caracteriza a la práctica médica como técnica: procedimientos estandarizados y dirigidos por un mismo saber. El desarrollo de tecnologías materiales aportó excelentes soportes, dotando la intervención de mayor objetividad e independencia de particularismos. Pero hay otra dimensión que está en la singularidad del acto, en las especificidades de cada intervención que derivan de las peculiaridades del caso clínico individual, y que requieren una técnica más creativa, que permita al agente responder específicamente al caso y si para eso debe crear soluciones particulares, entonces necesita una técnica que le permita innovar.

Cabe señalar que innovar, en este caso, significa tan solo flexibilidad para actuar dentro de un abanico no muy amplio de posibilidades pues, como considera Rossi (1989), la palabra “técnica” comprende un conjunto variado de actividades, de las cuales algunas admiten mayor libertad (como las artes en las expresiones artísticas) y, otras, menor libertad (como las artes mecánicas de ciertos oficios). El trabajo de los cirujanos estaba identificado con las artes de oficio, antes que la medicina moderna lo haya articulado con la práctica de los físicos en la constitución de la clínica, de allí que el arte en medicina siempre es más delimitado. No obstante, todas las actividades manuales fueron, en general, valoradas en el movimiento histórico que articuló ciencia y técnica, en los siglos XV y XVI, como muestra este mismo autor. Esa valoración sobre el arte alcanzó técnicas tan diversas como las de artistas, experimentadores e inventores, ingenieros, médicos cirujanos-barberos y artesanos, además de las técnicas que desarrollaron los campesinos y los obreros, es decir, los trabajadores manuales. Por eso, y como ya fue señalado, en el caso de la profesión médica se trata, sin duda, de un tipo especial de inserción de ese agente en su trabajo, caracterizada como “autonomía técnica” del médico: cierta libertad, tanto frente a lo social, como ante la ciencia.

La formulación según la cual la medicina es *ciencia y arte* fue acuñada en la medicina liberal y, como fue analizado, estuvo estrechamente ligada a la necesidad práctica de que la intervención del médico sea resolutive, en gran contraste con la medicina anterior a la modernidad. La medicina moderna, entonces, se describirá como ciencia y *arte de curar*. Freidson (1970a), en su clásico estudio sobre la profesión médica, presenta de un modo muy claro este argumento, al mencionar que el enfermo busca al médico para que haga algo y no solo para saber su diagnóstico científico. Históricamente, la escasez de equipamiento y la ausencia de saberes especializados fueron las razones por las cuales la técnica, incluso ya polarizada de la ciencia, a lo largo de todo el siglo XIX y parte del XX, se basara sobre todo en el arte, valorizando esa dimensión. Así, durante el período en que la profesión consolida su identidad social y crea una “tradición”, una forma propia de actuar, para el médico la competencia diagnóstica de nominar la enfermedad, identificando el caso clínico individual en la nosografía médica, es tan solo una parte de sus problemas en el ejercicio profesional e, incluso, una parte menor. Dar una solución socialmente adecuada al caso es la principal legitimación de la profesión, al igual que su autoridad clínica como médico.

A partir de la década de 1960, los propios médicos enfatizaron el carácter científico de sus prácticas, pero el abandono de la idea de arte no suprime, de inmediato, la dimensión más subjetiva de la denominación “arte”, dado que en ella se inscribe la autonomía técnica decisiva del médico, como parte de su desempeño profesional. Por un buen tiempo aún y siguiendo la tradición de la profesión, como señalan estudios de la década de 1990 (Schraiber, 1996; Ribeiro, 1995), el médico no se limita a la aplicación pura y simple de la ciencia, sino, por el contrario, sigue incluyendo elementos subjetivos en el juicio clínico y en la decisión del tratamiento, anclados en su experiencia personal previa.

Así, desde el siglo XIX, la medicina se muestra como un “arte científico”. Se desarrolla y se concretiza la especialización y los equipamientos, la dimensión de ciencia, sobre todo a partir de la década de 1960, permite caracterizar la práctica médica como un hecho técnico asentado en la asociación de un doble saber-hacer que no se puede segmentar, a no ser a los fines analíticos: la *técnica-tecnológica* y la *técnica-arte*¹. Es esta duplicidad la que se analiza a continuación.

La duplicidad técnica en medicina: la tecnología y la experiencia²

Se analiza este doble carácter del acto técnico, considerando cada uno en particular, operación realizada tan solo con la finalidad de acentuar sus contrastes. En el plano concreto de ejecución de las técnicas, esas dos esferas son consustanciales, como ya fue mencionado. Así, el arte es científico y la aplicación científica como tecnología es reflexiva (creativa), por lo que las actuaciones técnicas cuentan con un equilibrio variable, que responde a las necesidades prácticas de la particular intervención ejecutada. Incluso, cada una está dotada de aspectos polares, cuya interacción genera contradicciones prácticas con los consiguientes conflictos en la toma de decisiones: dilemas y desafíos prácticos para los profesionales en términos de la vivencia y experiencia de la técnica. Así, es importante, dialécticamente, el paso analítico de discriminar estos aspectos, para la comprensión de la tensión interna de la técnica como síntesis de estas esferas.

¹En contraste con el término *arte* y su significado, muchas veces se usa el término *técnica-científica*. Pero aquí se prefirió el término *técnica-tecnológica*, pues si “tecnológico” describe bien el estatuto de acción derivada de la ciencia, hay que tener en cuenta que el arte ejercido no es cualquiera, sino es también “científico”. La base de ese arte está atravesada por la vivencia del científico en la práctica: la “corrección” y hasta la “negación” de las rutas derivadas de la ciencia que promueven el ejercicio del arte son experiencias provocadas, tematizadas y “en respuesta” a cuestiones científicas, y su proposición técnica para problemas prácticos. El hecho de que su relación con la ciencia sea casi opuesta a la que existe entre la técnica-tecnológica y la ciencia —por “insubordinación” y duda— no significa que sea completamente independiente del conocimiento científico. Por eso, para designar su polo opuesto se evitó tomar la ciencia como tal, y se tomó lo tecnológico como recurso directo de la ciencia en la técnica.

²Parte de ese tópico puede encontrarse también en Schraiber (1996).

En contraste con el arte, el *aspecto tecnológico* puede ser reconocido en la intervención basada en conocimientos científicos. Se define, pues, como una aplicación científica dotada de una razonable *repetitividad* y *mecanización*. El surgimiento de diversos instrumentos y aparatos acentúa aún más esa característica y, por eso, la técnica pasa a ser vista como indiscutible y segura, independientemente del modo en que su agente, el médico, la interpreta. En ese sentido, su uso en el ámbito de la práctica más contemporánea, en este siglo XXI, tiende a no ser más una interpretación que se combina con su aplicabilidad, sino una aplicación directa. Para el médico, ese desplazamiento representa una intervención gratamente preestablecida en la ciencia.

Como *arte*, en contraste con la esfera tecnológica de la técnica, la intervención no es una aplicación del saber preestablecido: la aplicación del conocimiento científico no es directa o inmediata, sino siempre sometida al filtro del caso, y el caso es siempre un nuevo razonamiento, en cuanto a lo circunstancial y singular de cada situación. Así, el arte del médico se expresa en las *decisiones* que el profesional toma frente a las exigencias del caso y puede ser una decisión totalmente original, creada en el momento del *juicio* de ese caso individual. Está claro que situaciones análogas terminan caracterizando un cierto uso reiterado de decisiones que han sido anteriormente exitosas. El arte es, en ese sentido, fruto de la experiencia personal. Como acto, implica innovaciones, pues está siempre ante un caso; como conocimiento, es un saber de oficio y de respuesta inmediata. Esa dimensión de la técnica está marcada por el riesgo, por la duda y por las incertidumbres.

Sin embargo, ni el arte, ni la tecnología se realizan de manera independiente, en la ejecución de la técnica (trabajo en acto concreto y particular) las incertidumbres y los riesgos se minimizan a través de la tecnología, y esta otorga flexibilidad y adaptabilidad a los casos, en el ejercicio del arte del oficio. Por otro lado, en su conjunto, la medicina puede prever parcialmente el éxito y está frente a una posibilidad permanente de fracaso, que no será un “error médico”, sino un riesgo inherente al oficio (Ribeiro, 1995). Por eso, las decisiones son *difíciles*, y su producto, siempre *arriesgado* (Freidson, 1970a). De allí deriva la gran *responsabilidad* inherente a ese acto.

Si la ciencia es conocimiento en forma de leyes generales acerca de fenómenos biológicos, en el área de la salud, solo en salud pública las acciones se pueden generalizar, aplicándose a colectivos. En la atención médica, el acto es siempre una intervención doblemente particular: incide cada vez sobre cada individuo. Por eso es considerada el ejemplo más típico de trabajo y producción social, en que la relación entre el conocimiento y la técnica se revela como una síntesis de lo general a lo particular (Ribeiro y Schraiber, 1994), característica que se establece por la individualización del acto, pero también por su extremo *pragmatismo* que, como ya fue analizado, es exigido por la sociedad, y la medicina, como sociedad, lo exige de sí misma. La práctica del médico se polariza así siempre hacia una acción —una solución o respuesta a demandas que le son hechas—, aunque no haya conocimientos científicos para sustentarla (Freidson, 1970a).

En su aplicación, la duplicidad de la técnica produce una configuración peculiar de la intervención, que está siempre bajo tensión interna como una “estructura

inestable” (Schraiber, 1993). Pero una estructura inestable contrasta con el imaginario social acerca de la acción médica y, si eso se visibilizara, pondría en jaque la seguridad que suele asociarse a las técnicas científicas.

Freidson (1970a) observa que las personas ven en la medicina una práctica segura a causa de la tecnología científica, confiando en los médicos como sus agentes. Los médicos, a su vez, incluso conociendo las incertidumbres y los riesgos que envuelve su accionar, asumen la misma percepción de acto seguro, pero bajo un alegato algo distinto: el entendimiento de que, si falla la tecnología, él —en tanto médico— encontrará una alternativa. O sea, se trata de una creencia en el propio *discernimiento en el ejercicio del arte*. Se encuentra aquí el núcleo del *juicio* clínico: hay que tener un “juicio” y el diagnóstico no se reduce solo a una identificación del cuadro mórbido. Y esa es hoy un gran tema para los médicos, frente a la tendencia general de ignorar los riesgos y las incertidumbres de la tecnología y su técnica-tecnológica, vertiente que ha tenido un amplio desarrollo en la medicina.

Sin embargo, la persistencia de esa duplicidad técnica en la práctica médica, incluso frente a la sofisticada tecnología, puede ser adjudicada al objeto del que se ocupa, el enfermo, y a la forma en que la medicina se ocupa de él, la consulta individual, de allí que se mantenga la práctica médica como en su *invención moderna*: el caso clínico individual.

Al rememorar esa creación, el enfermo es una síntesis de dos maneras de ver el padecer, las cuales aprehenden por separado dos dimensiones distintas de la realidad, que oponen sociedad y naturaleza: 1) la del padecer de la persona, que es sujeto de la sociedad y, como tal, busca una reparación, pues lo que siente, al estar enferma, le impide seguir su vida cotidiana; y 2) la del cuerpo biológico damnificado, con irregularidades anatómicas y fisiológicas, el cuerpo como sede de la enfermedad y territorio de la recuperación. Que el sujeto se reconozca enfermo deriva del impedimento de vivir socialmente, o de su percepción de que su cuerpo está incapacitado para el uso que normalmente hace de él. Que esa incapacidad sea una enfermedad deriva de la lectura que el médico hace de los impedimentos relatados en el cuerpo biológico. Que el centro de la acción sea ese cuerpo y no directamente el sujeto enfermo deriva de la concepción y de la construcción intelectual del concepto de enfermedad: el cuerpo como individualidad propia, separada del sujeto. Por eso se dice que el cuerpo que el médico ve en el enfermo no es exactamente el cuerpo enfermo del enfermo, sino otro: el cuerpo enfermo de la medicina, de la patología. Y también por eso se dice que todas las especificidades de la persona-sujeto social están subentendidas en el cuerpo biológico, en su anatomofisiología, y se revelan al médico a través del lenguaje biológico.

Esto, por un lado, posibilitó el gran desarrollo de la ciencia sobre el conocimiento y la intervención del cuerpo, lo que significó la intervención sobre las personas y también sobre el sujeto en sociedad, construyendo sobre la vida y el vivir un discurso normativo de ciencia, relativo a las enfermedades, que se expresa en las disciplinas sobre el modo “adecuado” de vivir (Canguilhem, 1971; Foucault, 1977). Por otro lado, creó un problema de lenguaje y de comunicación, que se agrava aún más en el ámbito formativo de la práctica médica. Se trata de una aculturación

medicalizadora: un modo de ver y vivir lo social a través de los referenciales de la medicina (Donnangelo, 1976). Por un lado, esto aumenta las demandas a la medicina, aspecto que es de interés, sobre todo, para su capitalización y tecnicismo y, por otro, crea nuevas cuestiones en la práctica médica.

Considerar al enfermo por la enfermedad es una formulación central en la intervención médica y en la cultura de las sociedades en general. Al hacer esa reducción, la medicina logró interpretar la vida desde el hecho patológico (Canguilhem, 1971). Esa interpretación de una vida con ciertos impedimentos como una enfermedad se ha reproducido culturalmente, siendo hoy una concepción no solo de los médicos sino de toda la sociedad. Por esa razón, cuando se experimenta el sufrimiento de vivir cotidianamente con algún impedimento, se reconoce como una enfermedad y ese pensamiento, que ahora parece tan habitual y simple, se basa en tres nociones diferentes, culturalmente introyectadas: la reparación del cuerpo como valor positivo, la condición de enfermo como posibilidad de reparación y la práctica médica como la intervención históricamente exitosa y capaz de esa reparación. En esos términos, el hecho de ir al médico es consecuencia de la interpretación del sufrimiento —o de otro obstáculo a la vida social— como posible enfermedad, y eso está certificado por el proceso diagnóstico del médico: cuando el enfermo hace una consulta, el médico, con el consentimiento y la cooperación del enfermo, reordena su relato de vida de modo de encontrar la realidad del cuerpo alterado. El sufrimiento del enfermo se transforma en cuerpo enfermo para el médico, que encuentra explicaciones, causas y localizaciones que permiten acciones reparadoras.

Diagnosticar es, pues, en el registro de lo que es normal y de lo que es patológico, un proceso que naturaliza al sujeto social (Canguilhem, 1971). Para completar el proceso de la intervención médica, y devolver a la sociedad un cuerpo con capacidades similares para la vida cotidiana, las intervenciones sobre las estructuras del cuerpo biológico precisan adecuarse a las condiciones de vida de ese mismo cuerpo, que ahora debe transformarse a través de un proceso inverso: el movimiento inicial de la propuesta de tratamiento se fundamenta en el conocimiento científico y concluye con la relectura de ese conocimiento, que antes estaba “libre” de lo social, en una matriz claramente social. Así, la propuesta de tratamiento solo se completa cuando alcanza una formulación que de cierto modo sea independiente de lo científico, al contemplar las exigencias de la vida social, adecuándose a los usos cotidianos del cuerpo en las condiciones socioeconómicas de cada persona o sujeto social en tratamiento.

Es importante señalar que tal racionalidad de la práctica está directamente vinculada al referencial de la clínica, como saber que rige la intervención y para el cual el caso individual es el objeto de esa intervención. En ese sentido, las tensiones que amenazan esa racionalidad como, por ejemplo, el desplazamiento de la intervención en dirección a uno de los polos de la técnica, el tecnológico, representan tensiones sobre el propio referencial de la medicina, es decir, sobre la clínica. Esto puede ser ilustrado a través de las dificultades que ha tenido el médico para tratar, basándose solo en las normas científicas, ignorando la situación de cada enfermo, en cada situación; dificultad que está conectada al modo tradicional de realizar la intervención médica como consulta individual, en la que se establece la relación médico-paciente.

En el proceso de producción del trabajo asistencial, todas las nuevas disposiciones en la técnica derivadas de la capitalización y del tecnicismo implican tensiones relacionadas tanto con el *pragmatismo* de la intervención y la capacidad del médico en la consulta para resolver los problemas del caso individual, como con la *autonomía* del médico. Por eso, se puede observar que esa tradicional dinámica de relaciones es particularmente un desafío para los médicos cuando todo el proceso de intervención queda bajo su exclusivo campo de dominio y bajo su autonomía, y además bajo su responsabilidad como agente de la intervención.

Ese dominio, tal como se consideró anteriormente, es el resultado del hecho de que, para el médico, cada situación se presenta hasta cierto punto como conocida y hasta cierto punto como novedad: todo diagnóstico sería, al mismo tiempo, *aplicación* y *descubrimiento*. La experiencia profesional llevaría así a nuevos conocimientos, los cuales, en tanto nuevas verdades, no serían desestimados por su carácter particular para la práctica médica, aunque para la ciencia queden bajo sospecha hasta su estudio a través de la investigación científica. Pero en esa peculiaridad reside la virtud de la práctica, en la construcción, en la modernidad, de una identidad de la acción de base científica. Esto aportó al tratamiento una imagen, simultáneamente, de acto rutinario y de acto singular, y así cada consulta fue valorada por el médico, por su posibilidad de dominar el ingenio de la técnica y crear en su realización. En el mismo sentido, cada consulta fue un acto en que el enfermo se sintió valorado como un caso importante para el médico y para la medicina, reforzando sus vínculos relacionales con el médico y renovando su confianza.

Cabe señalar que, en el cotidiano, la práctica no es tan fértil en materia de creación, a pesar de idealizarse como un acto siempre único. La cuestión es, de hecho, un poco más compleja, pues, para el paciente, cada episodio mórbido es único —su experiencia con el padecimiento es única—, pero para el médico, el acto de la clínica es único, el modo por el cual se “conectan” el enfermo y la enfermedad, porque desconoce las particularidades de cada enfermo. Así, no habría necesariamente una coincidencia entre los padecimientos que los médicos y los pacientes consideran importantes, de lo que derivan expectativas diagnósticas y terapéuticas divergentes, con significativas tensiones en las relaciones médico-paciente experimentadas en el cotidiano asistencial. Hay, por ejemplo, situaciones en las que la enfermedad resulta banal para el médico, pero relevante para el paciente, o a la inversa, de modo que ciertas medidas terapéuticas resultan irrelevantes para los pacientes y no para los médicos, y viceversa.

Desde el punto de vista profesional, ha sido difícil procesar todo esto, y esta es la razón por la cual se puede decir que la práctica médica implica razonamientos complejos, riesgos y algún grado de incertidumbre en las decisiones diagnósticas y terapéuticas. Además, porque ese acto se tensiona con la rutinización y la mecanización que, sin embargo, son parte tanto del modo colectivo de organizar la atención médica como del desarrollo tecnológico.

A propósito de la rutinización y la mecanización de la práctica médica, caben dos observaciones. La primera es que los actos no son homogéneos en cuanto a estos aspectos, sino que derivan además cualidades asistenciales distintas, lo que

provoca tensiones en la imagen de seguridad y eficacia de la intervención médica. De este modo, la medicina tecnológica está marcada por la institucionalización de las diferencias entre contextos asistenciales, con importantes desigualdades en la producción social del trabajo médico. Eso produce diferenciaciones al interior de la profesión, con desigualdades en la actuación, la autoridad, y el valor profesional y social. Así, como señala Freidson (1994), para analizar la profesión como un todo, hay que tener en claro ese pasaje del plano más individual al plano social, en el que se toma al médico como sujeto colectivo, dentro de una representación genérica de un grupo social, que plantea observaciones de orden estructural, pero que en el plano individual pueden no coincidir en una misma dirección.

En segundo lugar, vale recordar algunas cuestiones planteadas, por un lado, por la especialización y por la incorporación de equipamiento en las intervenciones y, por otro, por la instauración de clientes y de trabajos colectivos en la medicina a través de los seguros de salud o similares.

Cuando por razones financieras y mercantiles se establecen planes colectivos de atención médica, se produce también una reorganización de segmentos poblacionales y profesionales, con la conformación de *colectivos*. Las personas pasan a ser agrupadas en función de algunas características comunes, que integran contratos jurídicos de derechos y deberes. Estos contratos sustituyen la predisposición más personal del médico para cuidar y del paciente para ser cuidado, transformándolos, respectivamente, en equipos o agentes asociados en un trabajo colectivo estructurado por las instituciones y en consumidores institucionalizados de tal o cual servicio. El poder de compra y el financiamiento de las acciones son los criterios más corrientes de estratificar clientes y trabajadores, aunque no sean los únicos.

Definida por el contrato legal y/o por la conformación de una especie de “paquete de servicios” de cada consumidor individual, como también por el “menú” de ofertas, de acuerdo con la capacidad financiera del contrato o de cada individuo, esa nueva característica de la atención ciertamente impone otra exigencia para la relación entre la consulta individual y la producción institucionalizada. De allí que en la medicina tecnológica hay una definición previa de los “derechos y deberes” relativos al cuidado médico, formalizando diferentes cualidades asistenciales y terapéuticas. Y, dado que su principal base reguladora es el poder de compra —incesantemente estimulado por el propio modelo y elitizado por componentes como los costos—, los ingresos del consumidor delimitan esas mismas cualidades para la población. Del mismo modo, en el trabajo médico, la modalidad de financiamiento de la atención adoptada en las instituciones o empresas delimita las mismas cualidades al interior del acto productor de servicios.

Desde la perspectiva del enfermo, eso diluye a los individuos en agrupamientos homogéneos: los “usuarios” o los “clientes institucionales”. Participan de un *colectivo*, pero cada cual se ve como único y exclusivo. El proceso permite estereotipar a sus participantes, cuyas características son muchas veces el aspecto por el cual el médico aprehende al enfermo individual y, por lo tanto, una de las bases constructoras de la intervención, que así se torna un patrón y una rutina también en la forma de aproximarse a la persona enferma. Vale decir, se crea en ese proceso una forma de

individualizar que, incluso, estandariza desde el punto de vista socioeconómico y cultural, e identifica un determinado agrupamiento: el cliente de este o de aquel paquete de servicios.

Visto por los profesionales, el mismo proceso significa la redelimitación de ese trabajador colectivo en ulteriores estratificaciones, en términos de equipos institucionales. La división más general se hace dentro de marcos tecnológicos según la modalidad socioeconómica de la empresa. En el lugar de un agente de trabajo, surgen equipos rotativos que se relacionan con el mismo caso, además de la heterogeneidad en la conformación de los equipos. El médico también se disuelve en un colectivo despersonalizado, que es el modo por el cual también el paciente pasa a concebir su atención como una rutina. Eso configura las conocidas situaciones del médico del *plan de salud*, del *SUS*, o *de tal o cual hospital o clínica*, en sustitución de *mi médico*, como en la medicina liberal.

Como muestran los relatos de los entrevistados, después de 1980, fue grande el impacto de esa estructuración de la medicina tecnológica, en la interacción entre el médico y el paciente y de los médicos entre sí o con otros profesionales. Se producen cambios profundos en el contrato jurídico de deberes del médico y derechos del paciente, en cuanto a las relaciones de cooperación y confianza, bases de la antigua relación médico-paciente, y en el reconocimiento de las responsabilidades individuales o compartidas entre profesionales.

Otro componente de la medicina tecnológica que incide sobre la individualidad de la consulta, y acentúa su rutinización, es el tecnicismo en el accionar médico, que genera la pérdida de la relación inmediata con el cuerpo sobre el cual actúa, proceso ahora invariablemente mediado por equipamientos, así como la pérdida del dominio sobre el proyecto restaurador del cuerpo como un todo, dada la especialización de los saberes y la segmentación de la clínica en trabajos parciales individualizados y relativamente independientes entre sí.

Tal como en la formación de los colectivos institucionalizados, se instaura así un conflicto dentro del saber técnico y de los procedimientos que deben adoptar las agentes con relación a la aprehensión y al dominio del caso. Sin embargo, la similitud respecto de la forma anterior, no se debe a que los diluye en colectivos, sino por repartir el todo orgánico en múltiples individualidades.

Una cierta “recomposición” sería posible hoy, por el carácter público de la información sobre cada parte orgánica, tal como ocurre con la información divulgada por los medios digitales y sus redes sociales. En los exámenes de laboratorio y de imágenes, la tecnología torna objetivos y compartibles los hallazgos sobre cada órgano, tejido, etc., aunque también dificulta la recomposición de la persona, o del enfermo como sujeto social. En realidad, transfiere al propio enfermo esa necesidad médica, tanto a través de la publicidad, como a través del dominio de integrar las consultas especializadas.

Estos dos aspectos podrían ser superados con un mayor relacionamiento entre los profesionales y una mayor conexión entre los servicios, si los sistemas de atención restauraran los conjuntos asistenciales, y ordenaran de algún modo las conexiones. Sin embargo, ante la falta de sistemas de salud o de organizaciones que articulen

los actos de producción, frecuentemente, escapa al dominio de los profesionales incrementar el conocimiento mutuo entre personas y recomponer las prácticas asistenciales fragmentadas.

En ese contexto, las relaciones interpersonales son más distantes: el médico queda muy apartado del paciente, de los otros médicos y de otros profesionales. Los relatos muestran esa tensión en las relaciones intersubjetivas en la medicina, que acrecientan aún más la relación entre el médico y su saber, separando el ejercicio reflexivo del trabajo en su realización cotidiana. Desde la perspectiva de las necesidades técnicas del acto diagnóstico y terapéutico, esas tensiones se reflejan también en los valores éticos y en el sentido humanista de la práctica médica.

La duplicidad ética en medicina: la técnica y lo humano

La creciente base tecnológica de la acción induce a la imagen de que la *tecnología* y el *arte* son componentes de la técnica, pero que cada uno corresponde a una parte del acto. Esa imagen bipartita puede dar a entender que tal vez se extinga la dimensión del “arte”. El propio análisis que se hace aquí puede haber, involuntariamente, reforzado esa concepción. Sin embargo, no debería prevalecer.

Estos dos aspectos de la práctica médica solo pueden ser separados teóricamente, a los efectos del análisis, porque no son “etapas” o “fases” de esa práctica, sino especificidades cualitativas de la acción, que coexisten de manera totalmente interrelacionada. Justamente por eso, se presentan aquí las relaciones entre la técnica y lo humano como un “encuentro”, fundamento ético de la medicina. Así, siguen siendo válidas todas las advertencias en cuanto a concebir a un humano aunado a la técnica y, luego, externo a ella. Esa visión tensiona el encuentro y genera conflictos en las formas relacionales de la práctica médica. A veces, se piensa que la dimensión humana solo se refiere al *arte*, lo que refuerza la imagen bipartita y reduce el sentido ético de la práctica al comportamiento moral de cada individuo. Es como si cada médico —y por características personales o por su conducta moral privada— fuese responsable del aspecto humano de la práctica médica.

Otra escisión que se quiere evitar es entre la esfera física de la intervención y la comunicación, pues la acción médica es también interacción, o acción comunicativa (Ayres, 1994). En todos sus aspectos, esa acción es comunicación: la intervención manual directa o mediada por instrumentos, todo la gestualidad del acto y aquello que es explícitamente enunciado en los diálogos producen comunicaciones y aprendizajes, además de alteraciones físicas. Son repercusiones tanto en el plano material del cuerpo como en la percepción y en el entendimiento de los sujetos acerca de lo que sucede en el plano simbólico. En la *interacción*, el acto médico no se divide en pensamiento o habla y en acción; uno u otro no se dan en tiempos o lugares diferentes y, principalmente, el acto como intervención sobre el otro, en la aprehensión y

transformación de su objeto, no logra disociar la dimensión intersubjetiva de la manipulación física.

Tal como se mostró, el movimiento continuo entre el plano de la persona enferma y el plano del cuerpo alterado es el que alimenta la racionalidad de la intervención médica, haciéndola técnicamente eficaz, o sea, una intervención técnica adecuada a las necesidades sociales. De ese modo, la intervención es el conjunto de transformaciones físicas y de las ideas y nociones que circulan entre las personas.

De allí que se diga que la práctica médica es tanto acción reparadora como educación. En síntesis, una interacción. De hecho, se trata de una situación en la que pensar y actuar, juzgar, decidir, hacer, aproximarse físicamente y dialogar se entrelazan y se alimentan mutuamente para la realización de la técnica. Por eso también se dice que la medicina es ética y, su práctica, un ejercicio cotidiano de valores.

En el caso de la medicina, la ética ha sido abordada a través de la bioética, con vasta producción en los años 1990, entre otros, de Berlinguer (1993), Garrafa (1994, 1995), Pessini (1995), Ramírez y Alfaro (1983) y Schramm (1993, 1995). Berlinguer (1993) distingue la cuestión ética más general de aquella relacionada al ejercicio profesional, la que varios de estos autores citados denominan “ética profesional”, que incluye la deontología médica, como parte de la bioética. Son ámbitos complementarios del estudio de la ética. Aquí, el enfoque está en la dinámica del trabajo, lo que significa situarla en el ámbito de la ética profesional y analizarla en conexión con la técnica. Pero esto no se agota en la deontología profesional, en el modo en que se construye su estudio, sino que debe ser observada también en calidad de ética de las relaciones interpersonales en la vida cotidiana (Heller, 1992).

A toda práctica en sociedad subyacen valores. Todo trabajo en la sociedad tiene una dimensión ética. La delimitación y el reconocimiento de necesidades, la definición de medios técnicos vinculados a las finalidades y la propia definición de estas finalidades representan la reproducción de un modo de vivir que reciben las técnicas, porque son parte de la sociedad. Y eso quiere decir que en su interior hay todo un reconocimiento de lo que es cierto y lo que no, de lo que es deseable y lo que no, introyección de nociones sobre lo que está bien y correcto, cuya referencia está en el sistema de valores de la sociedad.

En el caso de la intervención médica, esa dimensión ética parece evidente: se lidia directamente con personas, con su salud y su bienestar. Pero esa situación puede ser mal comprendida, pues se puede considerar que ese lidiar con personas se restringe al intercambio de información. Primero, como inicio del procedimiento diagnóstico, en el que se toman los datos del paciente y, después, cuando se transmite el tratamiento. En síntesis, en las *conversaciones*. Pero reducir la presencia de una ética a esas “conversaciones” es justamente la concepción que contribuye a la referida escisión entre la acción de intervención material y la acción comunicacional, pues aunque ahí también estén involucradas cuestiones éticas, se trata de una percepción restringida. La conversación es una interacción, pero no es la única y, a veces, ni siquiera la principal.

Al considerar la intervención como aprehensión y transformación del enfermo —lo que se da a través y en función de las elecciones técnicas del médico—, las decisiones tomadas definen un vivir; son opciones del modo de vida al que se lleva al

paciente y, por lo tanto, ejercicio ético que articula técnica y valores. Esas elecciones, a su vez, aunque parezcan referirse solo a las terapéuticas —bajo la falsa idea de que estas se agotan en el plano físico—, están realizadas dentro de ciertas posibilidades de intervención, técnicamente dependientes de todo el proceso diagnóstico. Así, también técnicamente el diagnóstico es ejercicio ético.

Es más difícil ver esa interferencia en los sufrimientos agudos, pues su alivio inmediato parece el camino natural. Aculturados en los valores de la modernidad con relación al *buen vivir*, el modo de atender estos sufrimientos, desde un punto de vista técnico, no parece surgir de una determinada calificación o de un modo específico de concretar la vida. Es ilustrativo del primero aspecto, el rechazo a cualquier tipo de sufrimiento, por ejemplo, la manera de lidiar en la actualidad con cualquier especie y dimensión del dolor; y, del segundo aspecto, por ejemplo, la forma de interrupción habitual de procesos de padecimiento declarados o bajo sospecha, de manera aguda, siempre urgente, con rapidez, y en forma episódica.

Sin embargo, las propias dificultades encontradas para que se sigan las propuestas terapéuticas en sufrimientos crónicos o para cambiar ciertos hábitos y comportamientos, con vistas a la promoción de la salud —sea porque el resultado no es rápido o porque implica restricciones o sufrimientos adicionales— son evidencias de que las opciones asistenciales son también tributarias de valores éticos, al reiterar u oponerse a ciertas formas culturales de concebir el buen vivir. Se podría ilustrar, como ejemplo, con la situación particular de la epidemia de sida. El uso de preservativos, la circulación de información, la aceptación de situaciones de riesgo, etc., muestran que las propuestas de tratamiento y de prevención implican restricciones, molestias y hasta sufrimientos individuales, respeto de la libertad y el buen vivir de los otros, y no solo los propios.

Pero, si es así, aunque la relación entre los profesionales y los pacientes sea de autoridad técnica, ¿cómo proponer disciplinas de vida, a no ser en consonancia con el otro, estableciendo una *complicidad* en torno de la autoridad técnica? Los propios profesionales expresan esta cuestión a través de la noción de “adhesión”. El paciente que adhiere es aquel que es colaborativo y, éticamente, comparte los mismos valores que el médico.

Además de la técnica, la construcción de esa complicidad se debe al reconocimiento de una autoridad moral, o sea, el paciente reconoce en la propuesta del médico una proposición éticamente correcta: la intervención es una propuesta del buen vivir. Está claro que, en ese caso, se trata del buen vivir vinculado al padecimiento y que se obtiene a través del tratamiento de la enfermedad. Solo así y por medio de esa aceptación es que el individuo que recurre al médico reconoce con iguales valores todo el proceso técnico que, a lo largo del transcurso de la práctica médica moderna y hasta hace pocos años, puede juzgar tan solo por el resultado final de la acción. Y si los ejemplos hasta aquí se basaron en situaciones de padecimiento declarado, los desafíos de las cuestiones éticas son mucho mayores como parte constitutiva de la técnica de intervención, frente a las demandas de atención médica que no se vinculan al padecimiento, sino a otros tantos aspectos de la vida que llevan a los individuos a buscar servicios médicos.

La autoridad moral está dada, en parte, por la científicidad de la técnica: el profesional se presenta como portador del valor relativo a lo bueno de la ciencia. Sin embargo, hay que completarlo con lo bueno de lo tecnológico, de la intervención propiamente dicha, que se expresa en el ejercicio de una *moral laboral* y concreción de la *ética laboral*. Cabe destacar aquí la compleja naturaleza de la dimensión ética de la práctica profesional, pues no se refiere solo a las elecciones y a sus dificultades, sino a la conducción de los diversos procesos técnicos que permiten esas elecciones.

Ese ejercicio de autoridad moral en el ámbito del trabajo califica la técnica también como *acción moral*, cuyo efecto tecnológico no es pequeño. La acción moral aquí se reviste de valor instrumental, es una herramienta del trabajo. Hay, en ese sentido, una doble cuestión ética en la medicina.

Desde un cierto punto de vista, la acción moral hace más visible la connotación ética de la intervención y la identificación de cuestiones éticas en el plano laboral. Por ejemplo, en las actuales situaciones críticas de continuidad de la atención o de calidad de la producción de los cuidados médicos, las cuestiones éticas son rápidamente recordadas, aunque, por otro lado, sean usualmente imputadas al comportamiento individual del médico. Está claro que esa atribución se vincula a los valores éticos de la sociedad, pero, como ya fue analizado, esas situaciones críticas no se producen debido a una conducta personal o a cuestiones morales, sino que son parte de las actuales tensiones que relegan las interacciones humanas de la práctica; lo cual muestra un conflicto de valores éticos más amplio que las actitudes y el comportamiento individual en el cotidiano que, aunque lo alcance, no se relaciona solo con la acción del médico.

Así, las cuestiones éticas se entienden muchas como la falta del lado humano que debe complementar la técnica, visión que sustituye la percepción de una crisis ética más global como es la *crisis de la confianza*. En general, toda la crisis pasa a ser atribuida a la falta de una conversación, que es solo una parte de la interacción entre sujetos y, de ese modo, la cuestión de la confianza se reduce a esa misma “falta”. Otras veces, se restringe a la propia conversación y, en ese caso, se lamenta especialmente la ausencia de la anamnesis clínica, cuando la naturaleza ética y comunicacional del acto es mucho más que eso. La pérdida de la conversación —está claro— es parte de la crisis, pero no se agota allí.

Si se considera, por ejemplo, que la propia conversación no es parte de la intervención y asume el carácter de un complemento de la dimensión tecnológica, en ese caso, se corre el riesgo de reducir el modo de interacción entre el profesional y el paciente o el usuario del servicio a una “conversación útil”, conversación que sirve a lo que sería, entonces, lo tecnológico, pero no posee una calidad tecnológica. En otros términos, es como si conversar no fuera parte de la propia técnica o si, de un modo aún más grave, la conversación entre estos dos sujetos se separara en una parte “útil” y otra, al no ser útil para la técnica —o siendo tecnológicamente inútil— sirve, no obstante, para establecer una relación de interacción más cordial, más cercana al antiguo interés del médico liberal por su paciente, que fue, en el sentido tecnológico, un interés más genuino y no tan instrumental, orientada a la obtención de éxitos técnicos.

Sin embargo, la cooperación del enfermo y su anuencia a las propuestas de intervención tienen, históricamente, la base de la *confianza*, y su conquista práctica reiteró culturalmente la doble autoridad del médico como profesional. La entrega total del enfermo como persona y su subordinación como sujeto son marcas históricas de la constitución del trabajo médico moderno. Eso quiere decir que, si el médico y el paciente pasan a ser sujetos diferentes porque son detentores de autoridades técnicas desiguales —lo que los torna “profesional” y “lego”—, la diferente autoridad moral los torna sujetos distintos en la vida social, pues detentan de forma desigual la competencia de discriminar el buen vivir con relación al padecimiento y la recuperación.

Starr (1982), se refiere a la apropiación que la medicina hace de lo vivido por el enfermo, lo que significa que la explicación médica acerca de la experiencia del enfermo en la vida cotidiana, como sujeto privado, pasa a ser la mejor explicación de su vivencia. Se trata de una expropiación del juicio del propio paciente, en que el juicio del médico sobre los acontecimientos de la vida del enfermo pasa a ser el principal modo de explicar y evaluar lo vivido. El autor afirma que, culturalmente, la eficacia derivada de la explicación médica legitima ese punto de vista ante el paciente, y el médico pasa a tener el mismo valor en cuanto a su competencia técnica. Aquí, por lo tanto, la mayor autoridad es legitimada por la históricamente exitosa explicación científica que, como muestra Foucault (1977), en la modernidad, se basaba en una forma de producción del médico bastante activa, y la anamnesis bajo la forma de *confesión* se transforma en un *cuestionario*: el médico interroga al paciente con su cooperación, luego interviene en la obtención de la historia clínica del paciente y ya no espera el relato libre o su confesión.

Por otro lado, al abordar otro aspecto de esa mayor autoridad tanto técnica como moral para decidir, que el médico efectivamente quiso conquistar, Freidson (1970b) señala el hecho de que ese poder traduce, sobre todo, el propio control que la corporación profesional históricamente logró construir sobre su saber y su práctica, por sus relaciones con el Estado, desde la consolidación del Estado moderno. Así, con el monopolio de la intervención y su autorregulación de la práctica, la corporación profesional también mantuvo en su dominio la evaluación de su eficacia científica.

Desde un punto de vista histórico, está claro que la intervención tuvo que mostrarse compatible con las finalidades sociales esperadas sobre el trabajo médico y satisfacer las necesidades planteadas. Sin embargo, como ya fue señalado, estos éxitos, si bien fueron técnicos en realidad, también lo fueron en el arte de la profesión y en las formas relacionales de entonces. Los límites a lo científico y, en ese sentido, a lo tecnológico estaban planteados en la medicina que fue construyendo tales éxitos, dado que, en el interior de estos mismos límites, se establecieron los vínculos de confianza en los que reposa la mayor autoridad del profesional.

La confianza fue, en ese sentido, el máximo valor y la característica nuclear de la acción moral. Además, constituye el símbolo del carácter personal de la práctica. Pero la propia confianza se desdobra en otros dos valores y procedimientos prácticos: el *secreto*, símbolo de la privacidad de la práctica, y la exclusividad de cada acto, que señala la *singularización* (individualidad) y la *personalización* de la consulta.

La acción moral se completa con la contrapartida de estos valores en el desempeño profesional: *responsabilidad*, cuando el profesional, en consonancia con su mayor autoridad moral, asume para sí los riesgos de la autoridad técnica y la calidad de la compleja decisión asistencial, lo que implica, como modo de ser y de actuar como sujeto, *atención y disponibilidad*. Ese es el reto del ejercicio de la profesión, la moral de conducta definida para el trabajador. Pero es también un proceder técnico ante el otro y, por lo tanto, ético.

Estos fueron los valores que históricamente permearon la construcción de la acción médica y en función de esa configuración anteriormente fue calificada aquí como una *técnica moral-dependiente*. Cabe destacar que en esa dependencia reside toda la dificultad del acto, la complejidad del juicio y de la toma de decisión, desde el punto de vista ético.

El grado de esa dependencia moldea la forma de inscripción de lo humano en la técnica, es decir, la forma de la relación entre dos sujetos, con sus respectivas autoridades morales, en la cual la interacción asume la modalidad de una comunicación más o menos verbal y más o menos dialógica. En el caso de las decisiones y elecciones médicas, significa una forma más o menos compartida de actuar. No cabe duda de que, en la medicina liberal, la presencia personal y la conversación, como comunicación verbal, han sido intensas; ni de que esas bases hayan acuñado un imaginario social según el cual solo en esos términos se podría establecer una práctica adecuada para el médico y para el paciente. Pero es igualmente cierto que eso hizo que toda la cuestión dependa del médico, quien asume —como de hecho asumió durante un largo período histórico— tanto los razonamientos y las decisiones, como la consecución de la propuesta de diagnóstico y tratamiento y la resolución del caso. Y, objetivamente, eso ya no es posible y, subjetivamente, tampoco es lo que consideran los médicos sobre la medicina hoy. Por lo tanto, se puede afirmar que los propios médicos perciben y valoran una nueva posición en sus procesos de trabajo.

Tal como la propia acción manual directa en la intervención, la actuación y toda la conducta asistencial migran rumbo a lo tecnológico, y está claro que la práctica especializada y equipada altera la conformación anterior, en cuanto a la acción moral. Ya se mencionaron los conflictos y la tensión generados por las formas que asumieron las relaciones interpersonales y la crisis de confianza, y ya se percibe que el espacio técnico es la esfera del razonamiento clínico. Las tensiones se instalan, pues, en el proceso decisorio del trabajo, y su naturaleza reside en las transformaciones de las acciones y significados de comunicarse e interactuar.

Eso también quiere decir que dadas las nuevas disposiciones entre el médico, su saber, la tecnología y el enfermo, las necesidades de comunicación e interacción como elementos sustantivos de la propia técnica son distintas respecto de la medicina liberal.

La relación a través de los múltiples intermediarios produce otros sentidos para la comunicación, porque los propios intermediarios son comunicantes, hacen públicas las elecciones y decisiones médicas y establecen las formas de hacerlo. Es decir, ponen a disposición del público las decisiones y relatan las elecciones, pero lo hacen según ciertas modalidades de relatar, divulgando los códigos y los términos de los diversos lenguajes médicos. Como muestra Teixeira (1996), la estructura y

el funcionamiento de los servicios crean sus propios discursos, son dispositivos organizadores de relatos propios y contenidos determinados. Si una organización comunica, por medio de sus canales y relaciones, por el modo de ser de las prácticas y de los servicios, esa misma organización proyecta ciertos términos, nociones, expresiones y modos de pensar: asume una lengua y un lenguaje para sus usuarios y profesionales. Esa estructura comunicante, según el autor, es el “diagrama”: una red práctica y tecnológica, y una red discursiva. Sumado a eso, como señala Atkinson (1995), el modo en que cada saber especializado se aproxima al enfermo y produce las evidencias necesarias para el razonamiento clínico, origina distintos diálogos entre médicos y entre médicos y pacientes, por lo que es una producción de un discurso profesional marcada por la existencia de múltiples “voces de la medicina”. La pluralidad de intermediarios genera una diversidad de códigos y de sintaxis lingüísticas con distintas modalidades de comunicación, que establecen un amplio abanico de lenguajes médicos; lenguajes que se relacionan en la actualidad con las diferencias en la organización de la producción de los servicios y con la especialización médica. Incluso hasta la relación entre el médico y el saber tiene menos interacción, en el sentido del abandono de una posición más reflexiva y crítica con relación al uso adecuado de los recursos tecnológicos en cada consulta.

Si para el profesional, todo esto puede representar una menor necesidad de diálogo, sustituyendo esa antigua forma verbal e inmediata de interactuar por recursos tecnológicos particulares y bajo su dominio exclusivo, para el lego el diálogo se transforma en una traducción de códigos. Así, el diálogo se subordina a la parte tecnológica del acto, y surge solo dónde y cuándo sea requerido, por lo que, en una conversación “no tecnológica”, el diálogo parecerá poco útil.

El producto de estos cambios es la progresiva dificultad comunicacional. En el plano no verbal, se da una cierta comunicación que, sin embargo, difícilmente se expresa en diálogo. Esa dificultad, que se podría pensar que derivaría de los cambios de los códigos lingüísticos, expresa efectivamente la pérdida de la capacidad de percibir sobre qué y cuándo dialogar. Esa situación se ve agravada por el hecho de que el diálogo es el símbolo del sentido humanístico de la práctica, lo que eventualmente sugeriría que la recuperación de una conversación podría, de por sí, revertir la crisis de confianza pero, al mismo tiempo y paradójicamente, esa recuperación puede considerarse, como ya fue señalado, ociosa, como valor tecnológico.

Sin embargo, los relatos de los entrevistados muestran la voluntad de superar estos obstáculos en la interacción, al enunciar la necesidad de (re)conquistar a los individuos, en tanto personas y sujetos, para la práctica y el ejercicio de su saber de forma reflexiva y crítica. Así, se puede afirmar que, en las vivencias cotidianas, se anhela superar la crisis de confianza. Y eso representa una voluntad, aún sin proyecto ético-político o tecnológico, de construcción de nuevas formas de relación, nuevos acuerdos tecnológicos y asistenciales, que rompan la unilateralidad del raciocinio, de las decisiones, de la responsabilidad y del cuidado de sí y del otro.

Sin embargo, romper con esas construcciones históricas consolidadas es romper con la racionalidad de la intervención, con los saberes afines y con todo un campo de instituciones de la práctica. En este sentido, cabe mencionar los cambios que

posibilitaron el surgimiento de la clínica anatomopatológica, que sustituye el saber clasificatorio y botánico de la medicina de las especies patológicas, como forma de transición a la Modernidad y que sucede a la crisis de la medicina, de la Edad Media. Esas rupturas históricas también tuvieron lugar en las instituciones, tanto en la constitución del hospital moderno al reorientar los antiguos hospicios para que sean lugares de internación con finalidad de cura, como en la constitución de las escuelas médicas (Schraiber, 1989; Nogueira, 2007).

Fueron transformaciones que, para los médicos, rompieron con modos ya dados de vivir su trabajo, y conformaron otra “experiencia médica” (Foucault, 1977): otra vivencia de la medicina, en la que sus agentes experimentan nuevos saberes y nuevas prácticas. Por lo tanto, percibir la necesidad de cambiar componentes tan esenciales como las formas de interacción en las relaciones interindividuales expresa el desafío de construir una nueva experiencia médica. Y eso es, para los médicos y para todos los otros participantes, el angustiante dilema de reconocerse como sujetos históricos (Chauí, 1981), que reorienten críticamente el proyecto social de conocimientos, prácticas y ejercicio de la profesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arendt, H. (2003). *Entre o passado e o futuro*. 5a ed. São Paulo: Perspectiva.
- Atkinson, P. (1995). *Medical Talk and Medical Work*. London: Sage Publications Ltd.
- Augé, M. (1994). *Não-Lugares. Introdução a uma antropologia da supermodernidade*. São Paulo: Papirus.
- Ayres, J.R.C.M. (1995). *Epidemiologia e Emancipação*. São Paulo, Hucitec.
- Ayres, J.R.C.M. (1994). Ação programática e renovação das práticas médico-sanitárias: saúde e emancipação na adolescência. *Saúde em Debate*. n. 42, p.54-8.
- Ayres, J.R.C.M. (2009). *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO.
- Azeredo, Y.N.; Schraiber, L.B. (2016). El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva*. v. 12, n. 1, p. 9-21.
- Bandoni, A.J. (1941). *Terapéutica clínica*. Buenos Aires: Librería y Editorial El Ateneo.
- Becker, H.S.; Hughes, E.C.; Geer, B.; Strauss, A.L. (1961). *Boys in White: student culture in medical school*. Chicago: University of Chicago Press.
- Belmartino, S.; Bloch, C.; Carnino, M.I.; Persello, A.V. (1991). *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud: Argentina 1940-1960*. Buenos Aires: OPS. Publicación n. 27.
- Belmartino, S.; Bloch, C.; Persello, A.V.; Carnino, M.I. (1988). *Corporación médica y poder en Salud: Argentina, 1920-45*. Rosario: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS), Organización Panamericana de la salud.
- Berlinguer, G. (1993). *Questões de vida (ética, ciência, saúde)*. São Paulo: APCE, Hucitec, CEBES.
- Bernardes, R. (1994). Trabalho, a centralidade de uma categoria analítica. *São Paulo em Perspectiva*. v. 8, n. 1, p. 33-41.
- Bisseret, N. (1979). A ideologia das aptidões naturais. In: Durand, J.C.G. (org.). *Educação e hegemonia de classe*. Rio de Janeiro: Zahar. p. 31-67.
- Boltanski, L. (1984). *As classes sociais e o corpo*. 2a ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Bosi, E. (1983). *Memória e sociedade: Lembranças de velhos*. São Paulo: T. A. Queiroz.
- Bourdieu, P. (1996). *Razões práticas: Sobre a teoria da ação*. São Paulo: Papirus.
- Bourdieu, P. (1974). *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Bourdieu, P.; Passeron, J.C. (1975). *A reprodução: Elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves.

- Braga, J.C.S.; Paula, S.G. (1981). *Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*. São Paulo: CEBES, Hucitec.
- Braverman, H. (1981). *Trabalho e capital monopolista: A degradação do trabalho no Século XX*. 3a ed. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bubber, M. (s/d). *Eu e Tu*. 2ª ed. São Paulo: Moraes.
- Caldeira, T.P.R. (1984). *A política dos outros: o cotidiano dos moradores da periferia e o que pensam do poder e dos poderosos*. São Paulo: Brasiliense.
- Campos, G.S. (1988). *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo; Hucitec.
- Canclini, N. (1990). *Escenas sin territorio: Cultura de los migrantes e identidades en transición*. Cuadernos de Comunicación y Prácticas Sociales. n. 1, p. 40-57.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital: Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento.
- Chauí, M.S. (1982). *O que é ideologia*. São Paulo: Brasiliense. (Coleção Primeiros Passos n. 13).
- Chauí, M.S. (1981). *Cultura e democracia: O discurso competente e outras falas*. São Paulo: Moderna.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense.
- Cohn, A. (1980). *Previdência social e processo político no Brasil*. São Paulo: Moderna.
- Cohn, A.; Donnangelo, M.C.F. (1982). *Condições do exercício profissional da medicina na área metropolitana de São Paulo*. São Paulo: DMP FMUSP. (Relatório de Pesquisa).
- Conti, L. (1972). *Estrutura social y medicina*. In: Aloisi, M.; Berlinguer, G.; Conti, L.; Massuco-Costa, A.; Misiti, R.; Mondella, F.; Omodeo, P.; Piersanti, F.; Seppilli, T.; Somenzi, V.; Vegetti, M. *Medicina y sociedad*. Barcelona. p. 287-310.
- Cordeiro, H. (1984). *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal.
- Correia, T. (2012). *Medicina: O agir numa saúde em mudança*. Lisboa: Mundos Sociais.
- Deslandes, S.F. (org.). (2006). *Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Donnangelo, M.C.F. (1976). *Saúde e sociedade*. In: Donnangelo, M.C.F.; Pereira, L. *Saúde e sociedade*, São Paulo: Livraria Duas Cidades. p. 9-94.
- Donnangelo, M.C.F. (1975). *Medicina e sociedade*. São Paulo: Livraria Pioneira.
- Entralgo, P.L. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat.
- Etzcel, E. (1987). *Um médico do século XX: vivendo transformações*. São Paulo: Nobel, EDUSP.

- Fausto, B. (1972). *A revolução de 1930: historiografia e história*. São Paulo: Brasiliense.
- Foucault, M. (1995). Michel Foucault entrevistado por Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow. In: Dreyfus, H.; Rabinow, P. *Michel Foucault: Uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária. p. 253-278.
- Foucault, M. (1984). *Microfísica do poder*. 2a ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn: Theory, prophecy and policy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1970a). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead and Company Inc.
- Freidson, E. (1970b). *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York: Atherton Press Inc.
- Freitag, B. (1992). *Itinerários de Antígona: A questão da moralidade*. São Paulo: Papirus.
- Freitag, B. (1989). A questão da moralidade: da razão prática de Kant à ética discursiva de Habermas. *Tempo Social, Rev. Sociol. USP*, v. 1, n. 2, p. 7-44.
- Gama, R. (1986). *A tecnologia e o trabalho na história*. São Paulo: Nobel, Edusp.
- Garrafa, V. (1994). Bioética, saúde e cidadania. *Saúde em Debate*. n. 43, p. 53-9.
- Garrafa, V. (1995). Novos paradigmas para a saúde: A ética da responsabilidade individual e pública. *Saúde em Debate*. n. 48, p. 47-50.
- Giannotti, J.A. (1983). *Trabalho e reflexão: Ensaios para uma dialética da sociabilidade*. São Paulo: Brasiliense.
- Goldmann, L. (1984). *Epistemologia e filosofia política*. Lisboa: Editorial Presença.
- Gomes, R.M. (2015). *Humanização e desumanização no trabalho em saúde: uma aproximação crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Gómez, O.G. (org.). (1990). *La comunicación desde las prácticas sociales. Cuadernos de Comunicación y Prácticas Sociales*. n. 1.
- Gramsci, A. (1968). *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Granger, G.G. (1994). *A ciência e as ciências*. São Paulo: UNESP.
- Habermas, J. (1987). *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70.
- Heller, A. (1991). *Sociología de la vida cotidiana*. 3a ed. Barcelona: Ediciones Península.
- Heller, A. (1992). Ética elementar da vida cotidiana. In: Seminário Ágnes Heller e FÉrenc FÉher da teoria da cotidianidade à análise da condição política pós-moderna. São Paulo: Curso de Pós Graduação em Serviço Social e Pós Graduação em Psicologia Social, PUCSP.

- Ianni, O. (1994). O mundo do trabalho. São Paulo em Perspectiva. v. 8 n. 1, p. 2-12.
- Illich, I. (1975). A expropriação da saúde. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Larson, M.S. (1977). The rise of professionalism: a sociological analysis. London: University of California Press.
- Leach, E.R. (1963). Two essays concerning the symbolic representation of time. In: Leach, E.R. Rethinking anthropology. London: The Athlone Press. p. 124-137.
- Lefebvre, H. (1973). A re-produção das relações de produção. Porto: Publicações Escorpião.
- Leme, C.A. (1982). A história da eletrocardiografia no Brasil. Revista Paulista de Medicina. n. 99, Suplemento Cultural n. 11.
- Lenk, H. (1990). Razão pragmática: A filosofia entre a ciência e a praxis. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. (Biblioteca tempo universitário n. 88).
- Lévinas, E. (1993). Humanismo do outro homem. Petrópolis: Vozes.
- Luz, M.T. (1988). Natural, racional, social: Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Macdonald, K.M. (1995). The sociology of the professions. London: Sage Publications.
- Machado, M.H. (1995a). Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: IUPERJ.
- Machado, M.H. (coord.). (1996b). Perfil dos médicos no Brasil: Análise preliminar. Rio de Janeiro: Fiocruz, CFM, MS, PNUD. Vol I.
- Machado, M.H. (coord.). (1996c). Perfil dos médicos no Brasil: Análise preliminar. Rio de Janeiro: Fiocruz, CFM, MS, PNUD. Vol V.
- Machado, M.H.; Pedrosa-Neto, A.H.; Carvalho, R.R.P. (1996). Perfil dos médicos. DADOS. RADIS. n. 19.
- Marglin, S. (org.). (1974). Divisão social do trabalho, ciência, técnica e modo de produção capitalista. Porto: Publicações Escorpião.
- Medici, A.C.; Machado, M.H.; Nogueira, R.P.; Girardi, S.N. (1991). El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. Educación Médica y Salud. v. 25, n. 1, p. 1-14.
- Mendes-Gonçalves, R.B. (1994). Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, Abrasco.
- Mendes-Gonçalves, R.B. (1984). Medicina e historia: Raíces sociales del trabajo médico. Mexico: Siglo XXI Editores.
- Murad-Netto, S. (1984). Evolução e avanços em cardiologia. Jornal Brasileiro de Medicina. n. 3, v. 46, p. 70-89.

- Nogueira, O. (1967). Contribuição ao estudo das profissões de nível universitário no estado de São Paulo. Tese (Livre Docência). São Paulo: Faculdade Municipal de Ciências Econômicas e Administrativas de Osasco.
- Nogueira, R.P. (1984). A ideologia médica neoliberal. *Saúde em Debate*. n. 15/16, p. 44-47.
- Nogueira, R.P. (2007). *Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica*. São Paulo: UNESP.
- Novaes, R.L. (1996). Sobre a técnica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. v. 3, n. 1, p. 24-49.
- Offe, C. (1989). *Capitalismo desorganizado: transformações contemporâneas do trabalho e da política*. São Paulo: Brasiliense.
- Oliveira, F. (1972). A economia brasileira: crítica à razão dualista. *Estudos CEBRAP*. n. 2, p. 3-82.
- Oliveira, F. (1977). *A economia da dependência imperfeita*. Rio de Janeiro: Graal.
- Oliveira, J.A.A.; Teixeira, S.M.F. (1986). *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, ABRASCO.
- Pearce, W.B. (1996). Novos modelos e metáforas comunicacionais: a passagem da teoria à prática, do objetivismo ao construcionismo social e da representação à reflexividade. In: Schnitman, D.F. (org.). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Medicas. p. 172-183.
- Peguinot, H. (1953). *Medecine et monde moderne*. Paris: Minuit, apud Donnangelo, M.C.F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Livraria Pioneiras; 1975.
- Pereira, L. (1965). *Trabalho e desenvolvimento no Brasil*. São Paulo: Difusão Européia do Livro.
- Pereira, L. *Capitalismo e saúde*. (1976). In: Donnangelo, M.C.F.; Pereira, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades. p. 97-124.
- Pereira, L.C.B. (1983). *Desenvolvimento e crise no Brasil*. São Paulo: Brasiliense.
- Pereira-Neto, A.F. (1997). *Palavras, intenções e gestos: Os interesses profissionais da elite médica*. Congresso Nacional dos Práticos (1922). Tese (doutorado). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- Pessini, L. (1995). O desenvolvimento da bioética na América Latina. *Saúde em Debate*. n. 47, p. 57-66.
- Pitta, A. (1990). *Hospital: Dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Pitta, A.M.R. (1995). *Saúde & comunicação: Visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec, Abrasco.
- Polack, J.C. (1971). *La medicina del capital*. Madrid: Fundamentos.
- Possas, C.A. (1981). *Saúde e trabalho: a crise da previdência social*. Rio de Janeiro: Graal.

- Prado-Júnior, C. (1983). A cidade de São Paulo: geografia e história. São Paulo: Brasiliense (Coleção Tudo é História).
- Ramírez, E.R.; Alfaro, M. (org.). (1983). Ética, ciencia y tecnología. 2a ed. Cartago: Editorial Tecnológica de Costa Rica.
- Reed, R.R.; Evans, D. (1987). The deprofessionalization of Medicine: Causes, effects and responses. JAMA. v. 258, n. 22, p. 279-282.
- Rego, M.P. (1993). Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público no município do Rio de Janeiro. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro: Centro Biomédico, IMS.
- Reiser, S.J. (1978). La medicina y el imperio de la tecnología. México: Fondo de Cultura Económica, Secretaría de Salud.
- Ribeiro, J.M. (1995). Trabalho médico: Ciência, arte e ação na conformação da técnica. Tese (doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- Ribeiro, J.M.; Schraiber, L.B. (1994). A autonomia e o trabalho em Medicina. Cadernos de Saúde Pública. v.10, n.2, p.190-199.
- Ricoeur, P. (1995). Ética e moral. In: Ricoeur, P. Leituras 1: em torno ao político. São Paulo: Loyola. p. 161-173.
- Romeiro, V. (1943). Terapêutica clínica. Rio de Janeiro: Guanabara, Waissman, Koogan.
- Rosen, G. (1983). A evolução da medicina social. In: Nunes, E.D. (org.). Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global. p. 27-82.
- Rossi, P. (1989). Os filósofos e as máquinas 1400 – 1700. São Paulo: Cia das Letras.
- Santos-Filho, L. (1977). História geral da medicina brasileira. São Paulo: HUCITEC, EDUSP.
- Sartre, J.P. (1987). Questão do método. In: Pessanha, J.A.M. (seleção de textos) Sartre: vida e obra. 3a ed. São Paulo: Nova Cultural. (Coleção Os Pensadores).
- Schraiber, L.B. (2008). O médico e suas interações. A crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, L.B. (1996). Ética e subjetividade no trabalho em saúde. Divulgação em Saúde para Debate. n. 12, p. 45-50.
- Schraiber, L.B. (1995). Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Revista de Saúde Pública. v. 29, n. 2, p. 63-74.
- Schraiber, L.B. (1993). O médico e seu trabalho: Limites da liberdade. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, L.B. (1989). Educação médica e capitalismo: Estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo: Hucitec, Abrasco.

- Schramm, F.R. (1993). A dimensão ética do trabalho em saúde. In: Cardoso de Melo, F.G. (org.). Educação: razão e paixão. Rio de Janeiro: Panorama, ENSP. p.51-63.
- Schramm, F.R. (1995). A terceira margem da saúde: a ética 'natural'. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. v. 1, n. 2, p. 54-68.
- Sigerist, H.E. (1974). Historia y Sociología de la Medicina. Bogota: Guadalupe.
- Singer, P.; Campos, C.; Oliveira, E.M. (1988). Prevenir e curar: O controle social através dos serviços de saúde. 3a ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Sposati, A.O. (coord.). (1985). A Secretaria de Higiene e Saúde da Cidade de São Paulo: história e memórias. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo/ Secretaria Municipal da Cultura, Publicação do Departamento do Patrimônio Histórico (Série Registros 6).
- Starr, P. (1982). The social transformation of American medicine. New York: BasicBooks.
- Teixeira, R.R. (1996). Informação e comunicação em saúde. In: Schraiber, L.B.; Nemes, M.I.B.; Mendes-Gonçalves, R.B. (org.). Saúde do adulto: Programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec (FMUSP, PROGRED v. 4), p. 251-261.
- Thompson, E.P. (1967). Time, Work: Discipline and Industrial Capitalism. Past and Present. n. 38, p. 56-97.
- Turner, B.S. (1995). Medical power and social knowledge. London: Sage Publications.
- Verón, E. (1970). Ideologia, estrutura e comunicação. São Paulo: Cultriz.
- Viacava, F.; Bahia, L. (1996). Assistência médico-sanitária: Os serviços de saúde segundo o IBGE, DADOS. RADIS. n. 20.
- Weil, S. (1979). A condição operária e outros estudos sobre a opressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra.



Foto: Werner Haberkorn. Vista parcial de la Avenida São João. São Paulo, Brasil. Acervo del Museu Paulista de la Universidade de São Paulo.



Producto de la sociología espontánea, que expresa el “conocimiento” social que poseen los agentes por el mero hecho de ser parte de la sociedad, la así llamada deshumanización de la medicina suele ser pensada tanto por los profesionales de salud como por los usuarios de los servicios, como un problema de “pérdida de valores”, o como una especie de “devaluación” de la calidad moral de los prestadores de servicios, o bien como un caso paradigmático de una cierta “decadencia” de la capacidad compasiva del personal médico y de enfermería en su trato con pacientes y enfermos. Se lo percibe, por tanto, como un problema básicamente individual que se reduce al talante moral de los agentes, o que refleja su supuesta carencia de virtudes personales que se manifiesta en una falta de calidez y consideración para con quienes buscan atención médica.

Como lo muestra Lilia Blima Schraiber en este libro, el problema es enteramente de otra naturaleza. Estamos, en efecto, ante una transformación de gran envergadura del campo médico, que se inició por lo menos desde mediados del siglo pasado y cuyos signos de cambio siguen en marcha hoy en día. Se trata de una evolución anclada en bases materiales y objetivas indisolublemente vinculadas a la profundización del capitalismo en nuestras sociedades, más que a preferencias personales subjetivas o a rasgos de personalidad particulares.

Estamos ante una obra capital en el ámbito de la investigación social latinoamericana en salud, que puede leerse por lo menos desde tres perspectivas: sustantiva, sociológica y metodológicamente pero que, por su riqueza, admite otras lecturas más, por ejemplo, en clave política, histórica, o económica. El libro está llamado a contribuir significativamente a impulsar la investigación sobre la naturaleza social de los cambios que experimenta la práctica médica en nuestra región, así como a dilucidar la naturaleza de las preocupaciones y las frustraciones de los profesionales y de los usuarios de los servicios de salud. Una obra fundamental para desencantar el campo y avanzar en su conocimiento científico.

Roberto Castro
Fragmentos del Prólogo

