



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

*La clínica y la burocracia: Entre la precariedad y la búsqueda de la estabilidad en
el trabajo médico.*

IDÓNEA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS,

QUE EN LA MODALIDAD DE

REPORTE FINAL DE INVESTIGACIÓN

P R E S E N T A

LIC. ROBERTO JULIO CHÁVEZ DELGADO

MATRÍCULA

210381264

PARA OPTAR AL GRADO DE

MAESTRO EN ESTUDIOS SOCIALES

(LINEA ESTUDIOS LABORALES)

DIRECTOR: Dr. Raúl Nieto Calleja

JURADOS: Dr. Sergio Guadalupe Sánchez Díaz

Mtro. Manuel Eduardo Fuentes Muñiz

IZTAPALAPA, D.F., 30 de junio de 2012

***AL DOCTOR ROBERTO CHÁVEZ CHÁVEZ (REQUIESCAT IN PACE)
A QUIEN CONOCÍ POR RELATOS DE PAPÁ, PERO DESPERTÓ EN MÍ LA
INCÓGNITA DE MI PASADO.***

A MARÍA ANTONIA DELGADO ESQUIVEL, A QUIEN NUNCA OLVIDARÉ

A MI MADRE, POR LA FE INQUEBRANTABLE EN UN SERVIDOR

***A ERI, POR SU AMOR INCONDICIONAL Y POR PERMITIRME COMPARTIR
CON ELLA EL SECRETO DE LA PROFESIÓN MÉDICA***

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar deseo agradecer a mis padres una vez más por el apoyo brindado, desde luego, cada uno por su cuenta y posibilidades.

A mi abuelo Roberto Chávez Chávez (*Requiescat In Pace*), quien siempre despertó en mí dudas sobre mi origen y su ausencia me hizo llegar a profundizar en el ámbito de las profesiones liberales, específicamente la abogacía y la medicina.

A mi abuela María Antonia Esquivel Martínez (*Requiescat In Pace*), por sus cuidados y enseñanzas en mi niñez, así como por mostrarme la vida de la burocracia. Aún recuerdo cuando juntos asistíamos a la “secretaría” donde ella trabajaba.

A la doctora Moya, que más bien para mí es *eri*, por su apoyo y comprensión en todo momento, así como su paciencia en esta investigación.

Al doctor Carlos Viesca Treviño, quien desinteresadamente me apoyó para la realización de esta investigación, y a quien tuve el gusto de conocer personalmente, aunque ya lo conocía por el *Ticiotl*.

Al doctor José Francisco González Martínez y al licenciado José Antonio Mendoza Guerrero, quienes me abrieron la puerta del Hospital General de México para poder realizar mi investigación en tan mítico lugar.

Al doctor Raúl Nieto Calleja, quien bajo su dirección guió esta investigación y que quizá recordó un pasado no muy lejano en el desarrollo de la misma.

Al doctor Manuel Eduardo Fuentes Muñiz, quien fue mi profesor de derecho procesal del trabajo en Azcapotzalco, después presidente en la Asociación Nacional de Abogados Democráticos, donde soy miembro orgullosamente, y ahora mi sinodal. No cabe duda que el destino es destino.

Al doctor Sergio Sánchez Díaz, que con sus valiosos comentarios y aportaciones enriqueció esta investigación.

Al doctor Enrique de la Garza Toledo, por permitirme conocer académicamente una salida emergente a la teoría que me ilusionó hace algunos años: el *marxismo*, pero que al paso de la experiencia en el mundo real la creí imposible, aunque el problema no era la aplicación, sino la *comprensión*.

Al Hospital General de México, institución mítica que no dejará de sorprenderme y que evocará a su creador el doctor *Eduardo Liceaga*, quien está presente en cada muro y acompañamiento que se brinda a los enfermos en el camino a lo desconocido.

Al posgrado de Estudios Sociales, por ser el espacio de mi formación.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por su apoyo económico sin el cual hubiera sido imposible la presente investigación.

A los internos de pregrado adscritos al Hospital General de México, por permitirme compartir con ustedes la alegría y frustración de la medicina institucional.

Y por último, a todos los demás que directa o indirectamente apoyaron la investigación, a quienes ofrezco una disculpa por no mencionarlos, por no contar con suficiente espacio, pero que sé, se encuentran en mi subjetividad.

CONTENIDO

Introducción

CAPÍTULO I: Protocolo de investigación

- 1.1. Definición del tema de investigación o Planteamiento del problema
1. 2. Marco teórico
1. 3. Metodología
1. 4. Conceptos estructuradores
1. 5. Técnicas empíricas
1. 6. Motivación y caracterización histórico-jurídica del internado médico en el Hospital General de México
1. 7. Objetivos
- 1.8. Formulación del objeto de investigación relacional
1. 9. Especificación del sujeto y motivación de su estudio
1. 10. Justificación y Relevancia de la investigación

CAPITULO II: Análisis empírico en torno al sitio Hospitalario en el internado Médico del Hospital General de México

2. 1. Antecedentes del lugar
2. 2. Descripción actual del lugar y su vigencia simbólica en el trabajo médico
2. 3. El circuito interno del Hospital General de México
2. 4. La influencia académica en la estructura hospitalaria
2. 5. Reglas formales e informales de la organización del trabajo del Médico Interno de Pregrado dentro del Hospital General de México
2. 6. El impacto simbólico del sitio hospitalario en los internos de pregrado del Hospital General de México

CAPITULO III: Análisis empírico de los internos de pregrado en el desarrollo del trabajo médico dentro del Hospital General de México

3. 1. Estado actual del internado médico de pregrado en el Hospital General de México
- 3.2. Significados y naturaleza del médico interno de pregrado y su trabajo
- 3.3. Relación médico paciente
- 3.4. La colonización del modelo foucoltiano en el Hospital General de México
- 3.5. La esperanza de la estabilidad laboral. El interno médico de pregrado como trabajador precario en el Modelo Médico Hegemónico

4. A manera de Conclusión

Bibliografía

Anexo metodológico

Anexo general

INTRODUCCIÓN

La medicina es una de las artes más antiguas del mundo, se ha practicado bajo diversos mantos y escenarios, desde aquellos místicos sacerdotes que tenían la facultad de *curar* con simples hierbas y rezos, hasta los actuales subespecialistas que realizan procedimientos quirúrgicos con sofisticados instrumentos en quirófanos especializados. De ello se ha escrito mucho en la *historia de la medicina*, por ejemplo, de M. Barquín, así como en textos un poco más actualizados que tratan problemas de diversa índole médica.

Sin embargo, a pesar del arduo debate entre la implementación de la *Ciencia médica* y su cada vez mayor alejamiento de su antepasado *místico*, la concepción de la medicina como un trabajo quedó rezagada, en virtud de que a pesar de su inminente estandarización en el sector público y las consecuencias que acarrió tal acto poco se trató al respecto, pues, aún así los médicos asumieron el poder profesional, no sólo sustentados en sus conocimientos sino, ahora, bajo el resguardo hospitalario que permitió las *prácticas clínicas* en completo secreto, además de la protección institucional que recibió.

Empero, a causa de las revoluciones tanto democráticas como tecnológicas que abrieron el conocimiento a la humanidad, también golpearon a la puerta del hospital para permitir el acceso y cuestionamiento a tales centros por parte de los pacientes-ciudadanos en ejercicio de sus derechos y libertades, por ende, nació una vez más el reencuentro entre la sociedad y el médico, quien al no saber cómo asumir la carga sustentó sus relaciones con el paciente por medio del aparato burocrático-administrativo desarrollando la llamada *medicina defensiva*, que en el contexto de los últimos años llenos de crisis y reestructuraciones productivas afectó de manera directa su situación gremial. Desde luego, tal situación se vio reflejada en los eslabones más bajos del servicio médico; es decir, en el piso hospitalario, precarizando las condiciones de los médicos de este nivel y encareciendo el servicio.

En México, por ejemplo, el sector público médico disminuyó el número de plazas a pesar de pretender universalizar el servicio, además de pretender eliminar los subsidios públicos por recomendaciones de organismos económicos

internacionales cuya finalidad es la implantación de la política neoliberal. Empero, dicha decisión es tomada desde las cúpulas macroeconómicas sin tomar en consideración los ámbitos micros, entonces, quien toma las determinaciones generalmente poco conoce de la realidad diaria en los hospitales de México, los cuales se encuentran saturados, en deterioro estructural, precarios, incluso algunos insalubres.

Este piso de fábrica es donde se encuentran los internos de pregrado, categoría que, aún cuando son parte esencial del trabajo médico, no ha sido reconocida como tal por un error histórico, que cada vez más parece castigo del pasado (1964-1965) por la rebelión de emancipación y reconocimiento del fiel acompañante del hombre en su proceso de muerte.

Luego entonces, en este contexto se establece el presente estudio que da cuenta de las nuevas vertientes en el mundo del trabajo que abren la posibilidad de ampliar los conceptos enclaustrados en semánticas impositivas y cumplir con la deuda de la realidad, que desde luego no representa ese anonimato institucional hacia fuera y sumisión hacia adentro.

En síntesis, el estudio se desarrolla bajo la guía de la hermenéutica y la teoría crítica con la finalidad de llegar a la comprensión del fenómeno que reproduce y califica a una clase: *los médicos* y que hoy está en riesgo.

Posteriormente, se observa un símbolo: el Hospital General, cuya finalidad histórica era el desarrollo de un hospital universitario y que ha cumplido un siglo en medio de aparentes novedades, su estructura, condiciones e impacto en el trabajo médico son los aspectos que se consideran para representar un modelo que varias veces ha estado al borde del ocaso en el dicho teórico y político, pero que en la realidad se encuentra afianzado y con vigencia en la reproducción del sistema y sus sujetos favorecido por el contexto actual.

Y por último, se busca en el interior del sujeto la comprensión del problema, quien guarda una ilusión en el regreso del ayer y que si bien está ahora callado es por la esperanza y subsistencia de la estabilidad.

CAPÍTULO I: Protocolo de Investigación

1.1. Definición del tema de investigación o Planteamiento del problema

La visión del trabajo se resaltó de manera principal a partir de la revolución industrial, en gran medida porque el incipiente capitalismo centralizó dicha actividad y la formalizó con el imaginario de la gran fábrica; por ello, todo lo relacionado con el trabajo tiene como principal concepción aquello que se refiera a la actividad laboral permanente, estable, formal, continua. Sin embargo, existió hasta ese entonces una gran distancia entre lo laboral y lo social; es decir, el trabajo parecía absorber todo lo social, desde luego, sólo el trabajo clásico¹. Ahora bien, quizá también los estudios del trabajo se centraron por algún momento, en teorías que pretendían ver una transformación forzada de manera inmediata en los sujetos dentro del trabajo; cuando, en realidad, el cambio se vio reflejado, en la mayoría de los casos, a partir del ámbito social o simbólico (Nieto, Raúl; 1993). En otras palabras, las grandes transformaciones laborales tal vez no fueron aspectos centrales en el cambio tecnológico, sino simples mecanismos interiorizados en la subjetividad del trabajador, como es el caso de las llamadas profesiones, que a pesar de formar parte de los trabajos más viejos del mundo, han evolucionado igual o más rápido que otros trabajos, como es el caso del industrial, en virtud de desarrollar mecanismos efectivos de control e institucionalización de la subjetividad humana, hasta volverlos rituales comunes que difícilmente algún trabajador pueda rechazar, como puede ser la profesión médica.

En ese sentido, la profesión médica en general puede ser considerada como una forma de acceso a cierto *estatus* social por su origen liberal que enuncia una práctica casi artesanal, con sus reglas particulares, y su forma especial de trabajo, que en la mayoría de casos está circunscrito entre la hermenéutica de la semiología de la enfermedad como entre su estructura jerárquica organizativa de tipo militar que se desarrolla mediante un proceso de calificación dentro de

¹ Se denomina trabajo clásico a toda aquella panacea del trabajo industrial brindado en la gran fábrica, en donde imperaba una categoría dual antagónica: el proletariado y la burguesía, claro, de manera general, pues como bien se sabe, existen otras categorías intermedias, sin embargo, aquí sólo se pretende enunciar dicha concepción, lo cual será profundizado más adelante con propuestas teóricas como las que enuncia De la Garza (2011).

instituciones tan particulares como son los hospitales(Foucault; 1996), hasta aquella misión apologética de vivir para otros (*Alis vivere*).

De tal suerte que los aspirantes a médico no sólo cursan sus estudios en aulas y libros para la obtención de su título profesional, sino además requieren demostrar el manejo de una “práctica común” en los centros hospitalarios, además de revelar su capacidad de resistencia y disciplina al sistema. Por ello, se establece aquel periodo de internado médico, el cual se define como:”...el ciclo académico teórico-práctico que se realiza como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina, como etapa que debe cubrirse previamente al servicio social...”² , éste se realiza normalmente dentro del quinto año de la licenciatura, con el fundamento de poder formar “personal eficiente en el cuidado de la salud”, siendo de carácter obligatorio.

Sin embargo, me parece necesario analizar más detenidamente esta última parte de “personal eficiente en el cuidado de la salud”, en virtud de tener múltiples implicaciones en el mudo laboral, pues, la formación del médico en general debería depender únicamente en realizar estudios dentro de instituciones académicas autorizadas por el Estado que pueden expedir reconocimientos para ejercer la profesión³;empero, en este caso particular de disciplina se impone para ser apto de realizar el trabajo, además de los estudios ya mencionados, el internado, que implica necesariamente realizar actividades de carácter laboral en un sitio determinado por reglas tanto formales como informales, que son definidas por una especie de modelo rígido con estructuras estáticas que pretende universalizar e internalizar ciertos mecanismos en el quehacer médico. dicho internado consiste en la prestación del servicio médico en la institución hospitalaria durante un año, bajo un esquema jerárquico determinado por “grados” académicos, en donde el interno debe prestar su servicio en ciertas condiciones específicas, que en la mayoría de casos violentan cualquier derecho humano y laboral, por ejemplo, el estar a disposición del paciente o el médico por más de 36

² Norma oficial Mexicana Nom-234-SSA-2003, en línea: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/234ssa103.html.

³ Tal como lo señala el artículo 5° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que desde luego, sólo se enuncia con la finalidad de observar las “reglas” del Estado ante este trabajo.

horas seguidas sin dormir, no poder salir del hospital, atender clases en horas y momentos de cansancio, entre otras que serán descritas en el momento oportuno de este trabajo.

Este modelo pre-construido que se asimila por un lado, desde la expresión literal nos trae como referencias obligadas el Modelo Médico Hegemónico de Menéndez, aunque, con sus respectivos matices, pues, este concepto sólo será utilizado para entender algunas características del sistema hospitalario. Además se combinará con otros conceptos para articular la categoría que nos acerque más a la supuesta realidad⁴; y por otro, los Modelos Productivos de Freyssenet y Boyer, en referencia al tipo de organización que se desarrolla en este tipo de lugares que quizá de alguna manera se parezcan a las de una industria. Desde luego, dicha teoría sólo será utilizada con fines cognoscitivos para poder comprender desde el mundo laboral las introyecciones institucionalizadas en sujeto de investigación, de antemano sabemos que la realidad no es coherente, pero nos interesa saber cómo desde la cúpula se intenta hacer coherente y saber si es efectiva o no.

En especial, me interesa la formación subjetiva del médico que se construye a partir de sus subjetividades en contacto con las estructuras tanto materiales como simbólicas, en donde el sujeto *para sí*, como es el estudiante de medicina que pretende ser médico, entra en contacto con las estructuras laborales, las jerarquías, los pacientes o sus compañeros para formar al médico *en sí*. Elementos que construyen a un trabajador que tiene percepciones *a priori* de su formación pero que termina por formarse por completo dentro del hospital. Este contacto resulta totalmente necesario para poder comprenderse como médico y a partir de ahí poder saber a qué ámbito particular prefiere dedicarse éste.

Entonces, saltan a la vista diferentes paradojas entre la conformación del trabajo médico: En primer lugar, ¿cómo se puede explicar la vigencia del adjetivo liberal cuando su formación depende de un aspecto estructural como es el hospital? ¿se necesita necesariamente la relación con las estructuras

⁴ Pretendo incluir en este tipo de modelo las características emanadas de una *institución total* y la formación de ésta, en especial si existe algún tipo de panóptico que internalice reglas en los sujetos de manera simbólica.

permanentes para formar un médico?, ¿podría existir una especie de Colonización del mundo del trabajo impuesto desde el exterior por la institución hospitalaria y en caso de que exista de qué tipo es? ; ¿qué tipo de implicaciones tiene para el trabajo médico la imposición de la administración en sus tareas cotidianas?; ¿aún quedan rasgos de la vieja clínica o cierta resistencia a la imposición institucional y si existe en que qué grado es?

Ahora bien, el trabajo médico desde el campo de la historia se desarrolló bajo una serie de simbolismos que traen a la mente aquel pasado místico, en donde la actividad laboral de la salud tiene que ver con interpretar una serie de signos en el paciente; es decir, hacer visible lo que quizá esté invisible, como si el médico se convirtiera en una especie de hermeneuta que mediante los sentidos y el lenguaje pueda descifrar la enfermedad. Desde luego, tal característica tiene una denominación, que ante el avance tecnológico de las grandes ciencias naturales y físicas ha quedado desvanecida en el mundo del trabajo médico, claro, hablo de la clínica. Sin embargo, es necesario advertir que la formación de este tipo de trabajo se forma mediante la interacción con los pacientes, bajo este tipo de experiencia o la formación de ese “ojo clínico”, que sin duda es característico y diferenciado hacia cada paciente, desde mi punto de vista no puede haber un modelo que pretenda generar una serie de calificaciones para demostrar la capacidad del galeno.

En otras palabras, la discusión teórica que pretendo llevar a cabo es que no puede haber estructuras perfectas que produzcan su propia fuerza de trabajo, sino éstas en mediación con los sujetos se objetivan y reconstruyen para formar el trabajo no desde el punto de vista individual, sino desde la conformación colectiva, por ello, el modelo no es universal ni perfecto a diferencia de las pretensiones del Modelo Médico Hegemónico.

En cuanto a la discusión empírica se encuentra la obligación, *conditio sine qua non* del internado médico para los aspirantes a galeno, que como ya he mencionado, resulta indispensable para poder ejercer la profesión de médico, ya sea de aspirantes de institución escolar pública o privada, por ello, es necesario analizar este período de formación y evaluación, pues aparentemente es en éste

cuando la institución de alguna manera tiene que formar su propia fuerza de trabajo. Es decir, aparentemente construye también a partir de éste al sujeto como tal porque se pretende internalizar mecanismos que se consideran necesarios desde la visión del Modelo Médico Hegemónico para el ejercicio de la medicina .

Entonces, resulta necesario analizar aquello que pasa en la subjetividad del médico interno para saber si la internalización del modelo se da de manera completa o con mediaciones, y en el caso de que éstas existan, qué tipo de formación se establece en el sujeto o qué efectos provoca; es decir ¿Existe resistencia en la internalización de estructuras externas que presionan al sujeto en su formación y forma de ejercer la medicina, o es adaptada de forma consentida?

1.2. Marco teórico

El presente estudio tiene como intención abarcar desde las grandes discusiones macro teóricas que involucran desde críticas al *positivismo* por parte del *marxismo* y la *hermenéutica*, hasta las concernientes al microcosmos *sociológico* en la *vida cotidiana* de los actores médicos. O sea, toda abstracción de datos en el “mundo real” implica al mismo tiempo el sustento de teoría acumulada que se reconstruye la teoría es únicamente una serie de abstracciones circunscritas por un autor en un momento determinado dentro de un espacio específico, que en ocasiones ambicionan constituir las “grandes teorías” o teorías generales, las cuales además de arriesgar a perder su determinación histórica y espacial, son solamente la articulación de diferentes teorías particulares (Alexander, Jeffrey, p. 12; 1995). No obstante ello, la presente investigación no pretende dejar de discutir con esos marcos, sino incluirlos pero, en su caso, reconstruirlos a una realidad u objeto de investigación específico, que si bien n

o es única, sí es parte de un mundo actual laboral que se vive en México, en especial el trabajo médico y su constitución. Por ello, descarto desde este momento la adhesión hacia aquellas tradiciones científicas o empíricas que se reducen al análisis de datos, porque considero indispensable la inclusión y reconstrucción de grandes teorías en las reflexiones laborales.

Esta investigación no pretende fundarse en la perspectiva del positivismo lógico y de la vertiente denominada *Grounded Theory*, porque la primera se limita a la simple deducción de conceptos emanados de la “teoría general” para comprobar empíricamente si es válida o no como una especie de adaptación del fisicalismo del siglo XIX, el cual supone un lenguaje científico universal y la realidad como un espacio determinado *a priori* en donde sólo basta la simple observación y experimentación para revelar la realidad constante que se sintetiza en un enunciado general concatenado con los indicadores formulados (De la Garza, Enrique; 1988b). De igual forma, la segunda plantea de manera general la formulación de teoría a partir la inducción de datos extraídos de la “realidad” por medio de métodos cualitativos exploratorios, entonces, ésta aparece como estática, enfrascada en análisis de casos concretos de donde se infiere la teoría sustantiva que posteriormente será, mediante comparación con otros casos, una teoría formal o “gran teoría”, por ende, los datos obtenidos por medio de la simple observación son el fundamento de la teoría (Andréu Abela, Jaime, *et. al.*; s/f). Aunque cabría preguntarse si los datos son dados o son contruidos de manera abstracta por el sujeto que emprende el estudio, además de considerar si realmente lo cualitativo es pre científico y los cuantitativo es objetivo, porque la manera en cómo se funda la *Gounded Theory* es sobre la base de indicadores, los cuales se forman mediante enunciados que después se cuantifican, entonces, los datos no implican necesariamente verificación de la teoría ni tampoco la “realidad absoluta”, pues, es de explorado conocimiento que ésta se encuentra en diferentes grados mediante metodologías y técnicas pertinentes (De la garza, Enrique; 2011d).

En consecuencia, la tradición que me parece ser la más pertinente para el presente estudio, aunque de manera general, es la proveniente de la *Hermenéutica*, toda vez que ésta se inscribe dentro de las corrientes filosóficas de la interpretación de la realidad, es decir, ésta es cambiante, no estática y está relacionada con la habilidad cognoscente del individuo, aspecto que me parece fundamental para entender la concepción de diferentes niveles de realidad.

Dicha *hermenéutica*, como ya se mencionó, pertenece al campo de la filosofía de la interpretación. Su origen está ubicado desde el ámbito mitológico hasta el científico, pero en ambos casos refiere aspectos de la interpretación más allá de la contemplación, además se le relaciona necesariamente con el lenguaje en un sentido amplio, que permita ya sea interpretar o traducir con el objetivo claro de comprender (Cfr. Ferraris, pp. 11-12; 2002). Su tradición se ubica en el campo teológico, en especial podrían señalarse los trabajos de Filón de Alejandría, entre otros, quien bajo la interpretación textual de las *sagradas escrituras* pretendieron encontrar los elementos *alegóricos* en dichas obras, pues, desde un enfoque cognoscitivo éstos autores tenían la comprensión del mundo bajo una dualidad: cuerpo y alma, entonces, de manera analógica intentaron ver en el cuerpo textual de las escrituras su alma o elementos considerados como sagrados. Aunque de manera más precisa, San Agustín fue el primer filósofo en esta corriente que inició de manera profunda la reflexión a partir del sentido literal- gramatical de la palabra y su significado en el orden sensible; así pues, éste diferenció la distinción entre signos como la palabra propia y las traducidas; en cuanto al problema de la comprensión se basó en el significado de la palabra que puede ser desconocido o ambiguo, por una parte analizó la importancia de las artes antiguas como la retórica, y por otra, la cuestión de la literalidad o lo alegórico (Leyva, Gustavo, pp. 115-116)⁵.

En ese orden de ideas, la *hermenéutica* comprende no sólo aspectos lingüísticos o gramaticales, sino además sociológicos e históricos, si bien se retoma a ésta como la vuelta al sujeto, porque requiere de su acción necesariamente, también es cierto que se inscribe en el marco de las ciencias del espíritu cuya implicación remite a la comprensión interna del sujeto o bien, mediante procesos inter-subjetivos de aprendizaje o interacciones comunicativas (Velasco Gómez, Ambrosio, 2000). Entonces, resulta de un plan bien articulado, en donde imperan diferentes perspectivas como la historicista representada por el afán de revivir el contexto del autor, a efecto de poder realizar una interpretación lo

⁵ Es importante señalar sobre la pertinencia del texto de Gustavo Leyva es fundamental para el desarrollo de esta parte, pues, dicho autor cuenta con la posibilidad de ser políglota, por tanto, sus interpretaciones son extraídas del idioma original; es decir, recurre a los textos originales dando aparente validez a los mismos.

más auténtica posible con el sentido cultural de la época. Incluso se pensó en realizar una serie de normas gramaticales que provocaron un análisis “cerrado” del lenguaje, por ejemplo: se requiere de reconstruir el campo lingüístico entre el autor y su público en general, así como recurrir al conjunto de palabras que rodean la palabra con la finalidad de evitar una interpretación en otro sentido, aunque dicha vertiente está circunscrita a la tradición de Schleiermacher y Dilthey.

Por un lado, Schleiermacher ve a la *hermenéutica* como un arte proveniente de la retórica, en donde es necesario seccionar en explicación, aplicación y comprensión⁶. De tal forma que, la intención de dicho autor es ampliar la competencia de interpretación ya no sólo a la comprensión de textos restringidos, sino incorporar la reflexión de textos o discursos extraños. En ese sentido, el análisis interpretativo pretende formar una *hermenéutica universal* que exteriorice las reglas para adquirir el correcto sentido tanto del lenguaje como del autor (Leyva, Gustavo, *Op. Cit.*). De igual manera, se interesó por problematizar el análisis del discurso desde perspectivas tanto gramaticales como psicológicas, deduce que el discurso por provenir de una cultura “externa” corre el peligro de ser desvirtuado de su sentido original (Velasco Gómez, Ambrosio, p. 67).

Y por otro lado, se tiene a Dilthey quien si bien es cierto siguió de manera profunda el desarrollo intelectual de Schleiermacher, también es cierto que éste se diferenció en su vertiente teórica bajo la constitución de las llamadas *ciencias del espíritu*, de esta manera se distanció del “fiscalismo” cuya influencia en el campo de la ciencia fue importante, en especial al señalar de manera puntual que la diferencia establecida por Kant entre razón, sentimiento y voluntad, carecía de fundamento, estas últimas eran acciones todas del espíritu (*ibídem.*); en otras palabras, que el análisis de las partes sin duda explicaban al todo. Así pues, la aportación más trascendente de Dilthey es la fundación de la hermenéutica como un método, lo cual tiene connotaciones de aspecto científico, en donde éste pretende establecer una explicación histórica desde la comprensión [*Vershten*] del

⁶ El *Verstehen* es fundamental para entender la vertiente que se pretende tomar en la presente tesis, pues, implica la comprensión del mundo por parte del sujeto, además de provenir desde el campo de la sociología con una corriente importante proveniente de Max Weber, quien intenta explicar la acción social por medio de actores tanto individuales como sociales, pero que tienen plena comprensión de sus actos por medio de consideraciones históricas, aproximativas o tipológicas.

sujeto en la formación de ésta. De ahí que, resulte ambicioso el proyecto Diltheyano al pretender formular una serie de interpretaciones emanadas desde el sujeto y su relación simbólica a lo largo del tiempo (Leyva, Gustavo; *Op. Cit.*).

Además, Dilthey señala que el objeto de las *ciencias del espíritu*, a diferencia de las ciencias naturales, es que éste no se observa sino se vive; es decir, de alguna manera dicho autor se deshace del término mundo objetivo como tal y lo interpreta como esa relación que existe entre el sujeto y el objeto, así pues, el último se forma a partir de la interpretación del primero. Aunque cabe aclarar que lejos de un aspecto *idealista* la propuesta de método de Dilthey no elimina la materialidad externa del “mundo objetivo”, pero sí nos induce a pensar que ésta se encuentra mediada por la interpretación de ese “mundo”. Incluso, se interpone algunos límites al método hermenéutico desde esta visión: a) la propia centralidad del sujeto y su interpretación con el pasado desde el presente, genera una especie de ahistoricidad *a priori*, si bien el sujeto es el constructor con otros del pasado, también parte no de condiciones del pasado sino de aspectos interiores del sujeto sin tener en cuenta que dicho ejercicio se realiza desde un tiempo actual donde deberían exaltarse las circunstancias en que se vive; b) La vertiente establecida por Dilthey precedente de las *ciencias del espíritu* con sus aspectos *metodológicos* recurre a una especie de positivismo engarzado con aspectos interpretativos de sujeto, quien recurre al pasado para realizar una comprensión del pasado en un estatus de objetividad proveniente del positivismo lógico y los conceptos de científicidad (Ferraris, Maurizio; *Op. Cit.*).

Derivado de lo anterior, se puede deducir que las críticas realizadas a Dilthey son fundadas, aunque pienso que un poco injustas porque dicho autor pretende formar una reflexión de la realidad no a partir de él mismo, sino mediante la construcción de ésta con otros sujetos cuyo medio son los signos y el lenguaje. Entonces, se puede afirmar parcialmente que Dilthey al hablar de objetivación del espíritu se refiere a toda esa serie de aspectos simbólicos culturales que desde el exterior se internalizan e interpretan con el interior formando una percepción de la realidad en el sujeto.

En ese sentido y una vez definida la vertiente *hermenéutica* que pretende tomar el presente trabajo, quiero señalar que el autor que a partir de aquí se analizará de manera más concreta y profunda será Hans Georg Gadamer, quien en su trabajo denominado *El estado oculto de la salud*, realiza un análisis de la actividad médica, en particular su transformación de arte, hacia técnica y su construcción como “ciencia”. El texto comienza mencionando la diferencia entre el conocimiento científico, por un lado, como aquel que se establece por medio de investigaciones objetivas que arrojan un conocimiento, y por otro, la práctica como aquella experiencia que cada sujeto en su profesión va recabando, la cual desde luego se forma en un conocimiento. Aunque cabe aclarar que éste último tiene como característica fundamental la subjetividad del mismo, se desarrolla a partir de la práctica combinada con la experiencia vivida. De tal manera que la ciencia se establece como aquel método objetivo que determina lo indeterminable; es decir, su función es validar al hecho para considerarlo como científico, entonces, toda la práctica que no se adecue a su visión será entendida como marginal o liminar de la ciencia, hasta que pueda adaptarse a su método universal (Cfr. Gadamer; 1996).

De igual forma, el autor en comento hace una referencia sobre el desarrollo de los conceptos de las ciencias y las artes (*epitemai* y *technai*), así la ciencia constituyó los conocimientos en *teoría*, quien gobernaba a la práctica aún cuando sólo fueran cuestiones abstractas; en otras palabras, representaban ambas partes una dialéctica, por así decirlo. Sin embargo, los mismos griegos decidieron dividir dicho proceso en el campo del conocimiento de las causas, por tanto, se dividió la teoría de la práctica (Cfr. *ibídem.*, p.17).

Desde el luego, la ciencia moderna pretende erigirse a partir de la experiencia en el mundo físico, aunque paradójicamente, los avances más importantes dentro de la ciencia física, por ejemplo, han sido a partir de formulaciones teóricas. Una prueba aceptable de esto sería el descubrimiento de Galileo Galilei, quien demostró el límite de la caída libre, a partir de la abstracción de complejas relaciones causales, y que no habrían podido demostrarse a partir de la simple experiencia (*Loc. Cit.*).

Luego entonces, el desarrollo mismo de la medicina y su vertiente pretensora de erigirla en ciencia tiene como limitante que ésta no puede partir únicamente del mundo externo; en otras palabras, su clasificación como ciencia no puede ser solamente mediante la observación de los fenómenos “físicos”, entonces, resulta necesario analizar, además de ello, la constitución del sujeto médico y la posibilidad de exteriorizar un diagnóstico que repercuta en el paciente más allá de sus condiciones externas, sino en su subjetividad la cual regresa y se interioriza de igual forma en el médico.

Pues bien, dicho proceso es complejo porque tiene elementos fosilizados en el sujeto médico, que a pesar de encontrarse en un contexto de cientificidad resulta necesario echar mano de todos esos elementos interiores que se encuentran en su formación como galeno, y que le permiten acompañar al paciente en su enfermedad e incluso configurar la subjetividad de éste en el proceso de muerte.

Por tanto, en la conformación de la profesión médica se dan diferentes perspectivas en un mismo momento, en términos de Gadamer se conjuntan varios horizontes que evocan tanto el pasado como del presente para comprender el significado que construye la realidad en su relación con la exterioridad.

En otro orden de ideas, y como se puede apreciar, el tema es extenso, pero en este trabajo sólo se pretende entender la subjetividad que transforma y constituye tanto la realidad del sujeto como al mismo. de tal manera que será imprescindible contar con un marco teórico meso que pueda sustentar la constitución del sujeto. Para ello he decidido utilizar la *fenomenología*, que si bien en la corriente sociológica han imperado agentes como Husserl y Schütz, he decidido utilizar el fundamento de ambos; es decir, a Hegel, para poder elaborar un plan metodológico propio que se adecue al marco de la realidad. En el primero se encuentra una elaboración filosófica interesante pero que tiende normalmente al psicologismo o idealismo, el segundo de características más sociológicas me parece sumamente pertinente en los estudios de *fenomenología*, en especial aquellos elementos del motivos “para” y “por qué” pero en un segundo nivel. Por ahora la “realidad” que pretendo desarrollar está basada en la formación del

médico interno como trabajador; es decir, aquel que aún no se define totalmente como tal, sino que de manera incipiente genera actividades propias de la profesión.

Ahora bien, la tradición que utilizaré será la proveniente de Hegel, en particular la constitución del sujeto a partir del *en sí*, el cual es la constitución del sujeto mismo a partir de que se comprende al interactuar con otros sujetos y observar su especialidad por medio de las diferencias, así como el *para sí* cuyo nivel de análisis es el sujeto como instrumento de sí mismo o de lo que representa, además de *allí* cuya implicación remite a la temporalidad de un momento determinado y no de manera general implicando una historicidad.

En otras palabras, Hegel profundiza sobre la actividad de la aprehensión que no tome como sustancia sino también como sujeto. La substancialidad ubica al saber como lo universal e inmediato e incluso lo confunde de esta manera con aquello que es para el saber o para la inmediatez. En consecuencia, se puede confundir el *en sí* con el *para sí*, porque no se distingue la sustancia de la forma y se podría considerar que la forma no es parte del contenido, aunque así lo sea, pues aunque contenido también es parte y conforma la conciencia. Desde luego, al considerarse el *en sí* como sujeto es claramente por el constante movimiento que tiene la esencia, entonces no es estática y pasa a ser mediadora de la realidad, pero ese *en sí* que es sustancia también es un concepto universal que prescinde de alguna manera del *para en sí* dejando a un lado la apariencia y limitando la realidad (Hegel; 1996a).

Es decir, la conciencia del sujeto aparece como una sustancia movible que se puede apreciar de vez en cuando a partir de que se objetiviza, pero se reconstituye de momento a momento cuando entra en relación con otros sujetos, entonces aparece y desaparece pero se puede interpretar a partir de la forma que muestra de alguna manera su esencia. Elementos que constituyen la acción del sujeto o por lo menos el marco en que actúa, pues, entender la interioridad del mismo es necesario para comprender la acción, tal como lo enunció Marx, en el prólogo de la *Filosofía del Derecho* de Hegel(2004b), cuando al mencionar las condiciones del pueblo alemán señala:

Así como la filosofía encuentra en el proletariado su arma material, así el proletariado halla en la filosofía su arma espiritual, y apenas la luz del pensamiento haya penetrado a fondo en este terreno popular, se cumplirá la emancipación del alemán en hombre.

Desde luego, Marx pensó en la dialéctica hegeliana al señalar este entrecruzamiento entre los fundamentos de reflexión filosófica y la necesidad de acción práctica por parte de los sujetos, pero hay algo más ahí porque no se refirió a cualquier sujeto sino específicamente al denominado *proletariado* que, como se sabe es un sujeto dominado, por ello, me parece prudente traer al presente argumento el desarrollo teórico que formuló Marx sobre la objetivación del trabajo dentro de sus escritos *filosóficos- económicos de 1844*, en donde se denunció la enajenación del hombre en un simple materialismo, las relaciones de los sujetos se “objetivizaron” en las mercancías como si los objetos se impusieran a los sujetos; es decir, el mundo de las personas pasaría a ser el mundo de las cosas (Marx;1968a), mediante una especie de *fetichismo*, las ilusiones de los hombres en mercancías en donde ésta adquiere mayor valor a partir del proceso que la creó (Marx; 1987c). De ésta forma se puede comprender que la objetivación de los sujetos, de sus creencias o pensamientos pueden adquirir “vida propia”, por decirlo de alguna manera, desde luego, como ya se ha mencionado, no necesariamente implican cuestiones materiales sino también pueden ser simbólicas, en virtud de que al reducir toda la acción humana a la creación de objetos corpóreos desconocería gran parte de la realidad social, porque, como se sabe, también existen producciones inmateriales, aspecto que se discutirá más adelante.

En ese sentido, deseo señalar que la reflexión en torno a la subjetividad está presente en este trabajo, la cual estará basada en el sujeto y su relación con los objetos físicos o simbólicos, así como con otros sujetos, alejándome de alguna manera de la vertiente proveniente de Husserl, porque quizá éste abusa del psicologismo y puede caerse en un desconocimiento del mundo externo y la vieja apología sujeto universal que forma su “conciencia trascendental”. Esta última

duda no se encuentra de esa manera en Schütz, quien representa una vertiente fundamental para este trabajo. El autor en comentario bajo la seducción de Max Weber y su *sujeto ideal*, señaló entre otras cosas, que una posibilidad de comprenderlo es por medio de la acción y en particular el sentido que adquiere ésta para él; en otras palabras, los motivos influyen a éste y que en relación con otros en un sitio común reconstruyen totalmente al *ser*. Es decir, su estudio no abandona el sentimiento científico de descubrimiento, sino por el contrario, pretende dar cuenta del *mundo* tal como es, no desde un punto reduccionista porque justifica que su visión engloba no un *mí* sino un *nosotros* (Schütz, p.17; 2003b).

De tal manera que dicha teoría adquiere importancia por ese afán de *comprensión* del *sentido* que adquiere el mundo desde la perspectiva subjetiva, aspectos que retoma el autor bajo la interrogación de la motivación en distintos momentos de la proyección del sujeto. Por ello, se utilizarán las categorías “para”⁷ y “como”⁸ de la acción⁹ (Schütz, 1993), es decir, se cuestiona a los sujetos sobre los proyectos y las causas que tienen de acción en diferentes momentos de la proyección en *futuro perfecto* como ya realizados, en tal virtud el actor da por hecho que su proyección pasará; posteriormente, busca los elementos necesarios para ejecutar dicha proyección; y luego, una vez ejecutada la acción esta es observada como un acto retrospectivo que se sumará a la experiencia. Así pues, los diferentes momentos de la acción del actor se dan en un contexto de significados que suponen una serie de vivencias codificadas socialmente por éste, de tal manera que se recurre a una serie de tópicos conocidos por el actor para dar respuesta práctica a su actuar¹⁰.

⁷ “El acto proyectado en el tiempo futuro perfecto y en función del cual el actor recibe su orientación, el <<motivo-para>> el actor”. (Schütz, p. 177; 1993).

⁸ En el caso de los “motivos-porque” se refiere a los proyectos pasados o vivencias recordadas que dan una explicación a la acción en base a la experiencia vivida (Cfr. *Ibidem*, p.p. 120-123).

⁹ Es necesario resaltar que Schütz toma el concepto de acción desde la subjetividad del actor, en donde se forman ese conjunto de proyecciones que terminarán en dicha acción cuyo contexto está guiado por una serie de experiencias vividas en forma de recetas que a menos que salgan del conocimiento natural del actor son cuestionadas.

¹⁰ Sin embargo, me parece necesario precisar que Schütz utiliza el término “títere” en su propuesta de estudio social (Cfr. Schütz; 2003b, *Op. Cit.*), porque supone que existen situaciones típicas en las que actúa el actor, entonces, se puede predecir las acciones que tomará, lo cual sinceramente considero un abuso, desde luego,

La anterior reflexión resulta pertinente dentro de este marco teórico, en virtud de que la línea de investigación que se sigue es *fenoménica*; a efecto de poder comprender la situación del sujeto respecto a la *institución hospitalaria* y de esta manera poder comprender si el actuar del mismo conlleva un cierto grado de *colonización* en su *vida cotidiana*, la cual se asemeja en un intento de interpretación propia al *mundo de la vida*, la cual proviene desde Husserl, pero se puede observar también en Schütz y en Habermas¹¹, quien tiene un desarrollo interesante por *mundo de la vida*, al cual define como: "...el lugar trascendental en que hablante y oyente salen al encuentro; en que pueden plantearse recíprocamente la pretensión en que sus emisiones concuerdan con el mundo ; y que pueden criticar y exhibir los fundamentos de esas pretensiones de validez, resolver sus dimensiones y llegar a un acuerdo." (Habermas, 179; 1998).

Respecto a lo anterior y tomando en consideración la vertiente Schütziana resulta sugerente la recomendación de Habermas respecto a reducir el concepto de *mundo de la vida* a *concepto cotidiano de mundo de la vida*, establecido por sujetos que participan en la comunicación en un contexto de saber mutuo, en un espacio social e histórico determinado; incluso, el autor en comento utiliza una propuesta de análisis metodológico por medio del análisis *textual*, semántico-gramatical de la comunicación de los sujetos que se encuentran en un lugar y tiempo determinado (Cfr., *ibídem*; 194).

Asimismo, Schütz también establece como el *mundo de la vida cotidiana* "...debe entenderse ese ámbito de la realidad que el adulto alerta y normal simplemente presupone en la actitud del sentido común. Designamos por esta presuposición todo lo que experimentaremos como incuestionable; para nosotros, todo estado de cosas es apromblemático hasta nuevo aviso" (Schütz, Alfred y Thomas Luckman, p.25; 2003).

Como se puede observar, el concepto de *mundo de la vida cotidiana*, en el caso de Habermas se puede definir como esa estructura histórica en la que el

únicamente en el ámbito de las técnicas empíricas, empero, la filosofía y fundamentación teórica me parece la adecuada.

¹¹ Considero necesario aclarar que estos dos autores no se encuentran distantes, pues, como es sabido ambos estudian al sujeto impregnados de una u otra manera por la *fenomenología*, sólo que en diferentes líneas, pero implican lenguaje y acción.

actor se desenvuelve de cierta manera libre, pero influido por alguna tradición que presiona su forma de actuar pero no lo determina; la cual es muy similar al caso de Schütz, quien lo define como aquel espacio influido por las tradiciones o saberes acumulados que afectan la acción del sujeto, sin llegar a ser determinantes. Este cúmulo de conocimientos o experiencia se convierten en contextos que se dan de forma familiar o conocida, incluso llega a afirmar que estos presupuestos son contruidos de forma social, tal como lo explicita de la siguiente manera:

...presupongo simplemente que otros hombres también existen en este mundo mío, y, en verdad, no sólo de manera corporal y entre objetos, sino más bien como dotados de una consciencia que es esencialmente igual a la mía. Así, desde el comienzo, mi mundo cotidiano no es mi mundo privado, sino más bien mi mundo intersubjetivo; la estructura fundamental de su realidad consiste en que es compartido por nosotros (*Ibíd*em, p.26).

De esta forma, Schütz establece una serie de presupuestos en el exterior que no son cuestionados por el actor¹², pues éste está en constante contacto con ellos y forman parte de su mundo cotidiano; en otras palabras, a menos que algún objeto externo requiera ser re-interpretado por parecer extraño en el entorno de los sujetos es cuando se cuestionan sobre dicho objeto, de tal manera que pueda resolverse desde una perspectiva práctica del sentido común. En otras palabras,

¹² Algunos elementos *a priori* que Schütz propone dar por presupuestos son los siguientes:

- a) La existencia corpórea de otros hombres;
- b) Que estos hombres están dotados de consciencias esencialmente similares a la mía;
- c) Que las cosas del mundo externo incluidas en mi ambiente y en los de mis semejantes son las mismas para nosotros y tienen fundamentalmente el mismo sentido;
- d) Que puede entrar en relaciones recíprocas con mis semejantes;
- e) Que puedo hacerme entender por ellos;
- f) Que un mundo social y cultural estratificado está dado históricamente de antemano como marco de referencia para mí y mis semejantes, de una manera, en verdad, tan presupuesta como el <<mundo natural>>; Que, por lo tanto, la situación en que me encuentro es sólo en pequeña medida creada exclusivamente por mí. (*Loc. Cit.*).

se recurre a la experiencia de lo vivido que ha sido codificado en forma de receta o esquema de interpretación, entonces, el sujeto busca dar una respuesta a lo desconocido para convertirlo en algo conocido, cuya finalidad es dar una estructura lógica a la vivencia para efecto de poder “almacenar” la experiencia, por así decirlo, para ser utilizado en otro momento.

En suma, tales perspectivas más que contradictorias, se complementan, porque además de que ambas provienen del análisis de la *fenomenología*, éstos se desarrollan en el ámbito de acción y lenguaje, entonces, sociológicamente se reflexiona su utilidad y se encuentran en la construcción tanto del sentido como del lenguaje dentro de la *interacción social*, ya sea con los objetos o los sujetos o del interior, en concordancia con Habermas como lo he mencionado en líneas atrás; es decir, encuentros e interpretaciones dialécticas entre sujeto-sujeto de donde se desprende el sentido del sujeto-objeto o el selft-sujeto.

Ahora bien, en el campo de la sociología durante los años 60's surge un trabajo realizado por Peter Berger y Thomas Luckmann (1968) (quien será el alumno más adelantado de Schütz) sobre la *sociología fenoménica*, cuyo objeto de análisis se establece en *la vida cotidiana*, la cual es definida por estos autores como: “...una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo del mundo coherente” (*ibídem.*, p. 36). Es decir, como un nivel de realidad vivido por sujetos y desde la mirada sociológica como: “...en cuanto ciencia empírica, cabe tomar esta realidad como dada, aceptar como datos fenómenos particulares que se producen en su seno, sin investigar mayormente sus fundamentos, tarea esta que concierne a la filosofía” (*Loc. Cit.*).

De ahí que los autores en comento recomiendan no cuestionar los elementos o fundamentos que existen como contexto dado, sino obtener información a partir de los fenómenos específicos que ocurren en la realidad de los sujetos en estudio, lo cual manifiestan normalmente por medio del lenguaje.

Sin embargo, más adelante se advierte que el *método fenoménico* no adquiere el carácter como tal de científico, sino más bien de *descriptivo empírico* (*Cfr. ibídem*, p. 37). Aunque, considero que al ser empírico, el trabajo combinado con otras vertientes metodológicas puede alcanzar la característica de científico desde

el punto de vista cognitivo, porque se desarrollan criterios-epistemológicos para la comprensión de un caso particular, porque eliminar lisa y llanamente todo conocimiento emanado de una investigación en una época donde la concepción positivista de *ciencia* está en crisis sería un verdadero exceso.

Por otra parte, resulta interesante para este trabajo la forma en que los autores tratan la conciencia¹³ como algo siempre intencional dirigida hacia algún objeto, toda vez que la conciencia no se enfoca a lo indeterminado sino a lo determinado, dicho objeto se experimenta como algo físico y externo o como algo interno de la realidad subjetiva en el actor (Cfr., *ídem*, p.38).

Derivado de ello, resultan ilustrativas las reflexiones de Erich Fromm sobre el concepto de *conciencia* en el contexto de la llamada *sociedad industrial*, comienza analizando dos conceptos interesantes *sociedad* y *conciencia*. respecto al primero hace una interesante reflexión respecto a su naturaleza *ficticia* porque considera que dicha sociedad no existe, sino que es una construcción utilizada por el hombre para comprender la realidad solamente; en cambio, en el segundo concepto comienza apoyado en Freud y su concepción revolucionaria de la conciencia, porque a diferencia de las definiciones anteriores que pensaron que eran todos aquellos actos que se presentaban en la mente del hombre, Freud analizó que existe cierta parte de la mente del hombre que no necesariamente está siendo consciente, pero que ocurre.

Así pues, Fromm expone que el término consciente o inconsciente se ha vuelto demasiado popular y tal vez hasta se ha abusado de él, porque para Fromm no existen actos inconscientes, sino únicamente actos con conocimiento o desconocimiento, incluso define consciente como: "...que tenemos conocimiento de la realidad dentro o fuera de nosotros" (Fromm, Erich, *et. al.*, p.3; 1969).

De tal forma que, se podría inferir que la *acción social* se construye mediante los sujetos quienes actúan con conocimiento o quizá con desconocimiento de las consecuencias de ésta, pero dicho conocimiento no puede ser inequívoco, porque sería negar las polisemias o las importancias de cada uno, sino más allá de

¹³ Que para efectos del presente estudio se entiende como el conocimiento que construye el sujeto en interacción tanto con objetos, sujetos o consigo mismo.

cuestiones cognitivas aparecen una serie de *acciones comprensivas*, en donde resulta indispensable conocer las motivaciones o justificaciones que llevaron al sujeto a tomar una determinación ya sea de consenso o conflicto.

En consecuencia, las teorías aquí vertidas me son adecuadas para el desarrollo de mi investigación, ya que se ubican en el campo *fenomenológico* donde se busca la comprensión del sujeto y una interpretación de la acción del mismo, que en este caso serán los médicos internos de pregrado, puesto que son sujetos que se encuentran en un período decisivo en la conformación de su identidad como *médico* en un contexto de precariedad e informalidad y falta de reconocimiento en su trabajo, pero que tendrá consecuencias sobre los pacientes y sobre su reproducción como clase, aspectos que no son menores. Por ello, pretendo conocer los motivos y justificaciones de éstos en su paso por el internado y su constitución como un sujeto médico y que determina ésta en un momento como el actual, lleno de contradicciones e imposiciones de un sistema de salud cada vez más burocratizado y tendiente a la automatización del sujeto, quien reduce su voluntad a simples ordenamientos impuestos.

1. 3. Metodología

Toda investigación académica requiere de un método que defina entre otras cosas, los criterios y reglas que acompañarán el estudio hacia un resultado con la clara intención de avance en la rama de conocimiento que se haya planteado, desde luego, con la finalidad de “objetivar” dicho conocimiento y en este caso a la comprensión y explicación de un fenómeno empírico en nuestra sociedad. Sin embargo, tal pretensión no se basa, como ya se ha mencionado, en el modelo del hipotético-deductivo, sino desde una vertiente mucho más amplia que tiene relación con la *comprensión*. Además no se pretende tampoco crear una teoría general que se aplique de manera universal a todo, sino simplemente aportar un enfoque de análisis respecto de la formación del trabajo médico en un centro hospitalario, por ello, no he de negar que esta investigación se sitúa bajo la tradición del *marxismo* y la *hermenéutica*.

De tal suerte que, me interesa la relación entre el sujeto-objeto emanada en primer lugar por el mismo Marx (1968a), la cual quizá sea una construcción social que implique necesariamente un campo subjetivo de construcción en donde estos dos elementos van intercambiando sus posiciones de poder, aunque debo aclarar que no se trata de que los objetos adquieran “vida propia”, sino que toman poder en relación con otros sujetos quienes quedan subordinados en las relaciones de producción capitalista cuyo objetivo principal es valorizar las cosas mediante el trabajo humano para acrecentar su riqueza.

Desde luego, posteriormente me interesa cómo estos objetos no sólo materiales dominan al sujeto, sino también éste como actúa éste respecto de los otros sujetos y si dentro de sí mismo (*selft*), pues, evidentemente sufre una enajenación interior.

Ahora bien, una de las primeras interpretaciones que deseo traer a discusión es aquella de corte estructuralista que, pese a sus limitaciones me parece tiene algunos aportes que tal vez ya se han discutido pero que quiero retomar en la presente investigación por considerarlo pertinente. Por ejemplo, aquella emanada por Louis Althusser, quien fue uno de los primeros en discutir si el marxismo era ciencia únicamente a partir del Marx maduro y su obra magna *el capital*; donde éste supone que todo lo anterior no tiene validez porque aún no se encontraban los elementos del *materialismo histórico* indispensables, según él metodológicamente, para hacer análisis “serio” (Cfr. Althusser, Louis, pp. 40-45; 1991a) , sin embargo a pesar de eso, su propuesta y cuestionamiento a las ciencia es interesante, comenta:

...[El desarrollo de la ciencia marxista] reposa sobre el conocimiento *científico* del conjunto del sistema burgués existente, tanto en su sistema económico-político como de sus sistemas ideológicos. Reposa sobre el conocimiento de este conjunto, que constituye una totalidad orgánica, cuya economía, política e ideología son “niveles”, “instancias” orgánicas, articulados unos sobre otros según las leyes específicas (Althusser, Louis, p. 24; 1983b).

En otras palabras, se abre el debate del estudio de la *totalidad* en donde a pesar de aquella metáfora de Marx sobre la estructura y la superestructura, el autor en comento nos induce a pensar que es una serie de “niveles” de análisis que están concatenados unos con otros. Por tanto, la reflexión a partir de un elemento nos puede brindar la certeza que al tomar en cuenta un cierto grado de autonomía de ninguna manera se desprende de otros niveles, sino más bien se puede estudiar como parte de una *totalidad parcial*, que tiene características ideológicas, políticas y económicas.

Althusser pensó que el Marx maduro sustentó de manera más rígida metodológicamente sus estudios, porque consideró al *joven* bajo la influencia de los *neohegelianos*, aspecto que no era sorpresa en la época, sin embargo, se consideró a sus estudios posteriores como revolucionarios por erigirse en un nuevo método alejado de los *feubrechianos* y *neohegelianos* (Cfr. Althusser, Louis, p. 48-51; 1991a). Además, Althusser realizó fundadas observaciones al *empirismo*, en especial señaló que no es creíble que algún investigador de manera “espontánea” llegue a formular temas de investigación únicamente con la observación de su propia práctica, porque siempre consideró con gran importancia al desarrollo teórico.

Sin embargo, los aportes de Althusser deben tener su respectiva precaución, porque aún cuando su intención de tratar al marxismo como ciencia es loable, el abuso de estructuralismo en él es abrumador, tal como enuncia de la siguiente manera:

En su práctica real, se la práctica económica o la práctica política, los hombres son efectivamente *determinados por estructuras objetivas* (Relaciones de producción, relaciones políticas de clase): su práctica los convence de la existencia de la realidad, les hace percibir ciertos efectos objetivos de la acción de esas estructuras, pero les disimula la esencia de éstas. No pueden llegar, por su simple práctica, al conocimiento verdadero de esas estructuras ni, por consiguiente, de la realidad objetiva ni de la realidad política, en el mecanismo de las cuales desempeñan sin embargo un papel definido (*ibídem*, p. 47).

La anterior premisa me parece una consecuencia de aquel prólogo a la *crítica de la economía política*, en donde Marx utiliza la metáfora de la estructura y la súper estructura para dar cierto sentido a sus postulados, en especial si se considera que en dicho momento se está influenciado, como casi todo el siglo XIX, por el “fiscalismo” provenientes de las Ciencias Naturales¹⁴, pero que de ninguna manera se puede tomar de forma *dogmática* como si se analizara a la Biblia. Asimismo como ya lo he mencionado, a Marx se le cuestionó seriamente la influencia de *juventud* a causa de los concepto de: “ser humano” “razón humana” “libertad humana”, entre otros. Entonces, se desecha de alguna manera la posibilidad de recobrar el lado humanista del análisis de la realidad a partir de dicha ruptura dando a Marx una lectura *a priori*, quizá. Por último, me parece útil señalar que otra aportación más al presente estudio es el “concreto pensado”, el cual se desprende de la observación en la actividad humana transformadora de materias primas (trabajo), con determinados medios de producción (manual, maquinaria) y bajo ese esquema se formaría una teoría científica.

Ahora bien, quien implica un seguimiento en la teoría metodológica marxista es Galvano Della Volpe, quien utilizó el método concreto-abstracto-concreto, definiendo que: existe un movimiento circular entre el concreto real y el abstracto ideal que rotan de manera reciproca, en donde ocurre un ajuste y reajuste de las categorías teóricas de manera histórica, de tal manera que este autor considera que efectivamente Marx tiene una continuidad intelectual desde sus escritos de *juventud* hasta *el capital*, aspecto que me parece más acorde a la verdad.

Así pues, Marx señala como “base de investigación” este punto de partida con el concreto real, distinguiéndola de la fase de exposición (De la Garza; 1988a). Es decir, en la aportación marxista la realidad no está dada, ni es reducida a verificaciones ni corroboraciones, sino es emanada de las prácticas sociales dinámicas; en otras palabras, las categorías y conceptos que se utilizan son para

¹⁴ Desde luego que me refiero a aquel fragmento que dice: “Cuando se estudian esas revoluciones (sociales), hay que distinguir siempre entre los cambios materiales ocurridos en las condiciones económicas de producción y *pueden apreciarse con la exactitud propia de las ciencias naturales*, y las formas jurídicas, políticas, religiosas, artísticas o filosóficas, en una palabra, las formas ideológicas en que los hombres adquieren conciencia de este conflicto y luchan por resolverlo” (Marx, Carlos, en: Marx, Carlos y Federico Engels, p. 188; 1968) .

captar la esencia de la realidad que al llegar a la abstracción podrán descomponerse para poder pensar una realidad diferente o posible, claro sin caer en ningún momento en falsos determinismos que se pretendan imponer a la sociedad.

Ahora bien, dentro del marxismo históricamente se formaron dos corrientes predominantes, por un lado, el oficial Estalinista, siendo ortodoxo e intentado hacer una deducción *dogmática* de *el capital* como teoría principal de imposición de la realidad; y por otro, el del método de la Economía Política, como reconstrucción teórica de la totalidad, porque no representaba una simple justificación de las hipótesis. Pero la discusión metodológica en este nivel se enfocó únicamente hacia Hegel y su dialéctica¹⁵, por ello, se quedó estancada, no continuó su enfrentamiento natural con el positivismo.

En ese sentido, los acontecimientos históricos como la imposición del neoliberalismo y la caída del socialismo real, marcaron de alguna manera el desarrollo de esta teoría como fallida; empero, en gran parte de América Latina la discusión continuó hasta el punto de convertir al marxismo en la doctrina imperante dentro del mundo académico. Particularmente se intentó hacer un alejamiento con las estructuras determinantes, se valorizó al sujeto como parte fundamental del análisis y se recuperó el concepto de configuración cuyo objeto es admitir contradicciones y ambigüedades, además de ser un antagónico natural del concepto estándar de teoría.

De este marxismo, se retoman algunos elementos importantes, como son:

- a) El concepto de ley y de determinación, como ley de tendencia contrastando con el concepto de causalidad;
- b) La concepción de articulación entre objetividad y subjetividad; en otras palabras, la relación del sujeto con el objeto y su espacio de articulación;
- c) La idea del espacio de posibilidades para la acción viable de los sujetos, como alternativa de predicción;

¹⁵ Algunos autores como el mencionado Althusser cuestionaron también la falta de discusión metodológica en el trabajo marxista, ya que recordemos que dicho concepto se le atribuye a la influencia hegeliana; es decir, suponen un concepto impuesto en el propio Marx y no una elaboración propia.

d) La concepción de praxis en lugar de verificación, ésta representa el espacio entre el sujeto y el objeto en constante transformación; es decir, una relación de movimiento continuo y, por ende, de cambio.

Al respecto cabe señalar que las anteriores directrices serán utilizadas en el desarrollo del presente trabajo, son alternativas viables al uso del modelo hipotético deductivo. Así pues, se retoma el concepto de realidad social, entendida como espacio entre articulación entre el objeto y el sujeto y sus interacciones que adquieren cierta autonomía; la aparición de conceptos históricamente determinados que se rearticulan dependiendo del objeto de estudio; el concepto de objetivación como el producto humano que escapa a sus creadores, dicho análisis se traza por niveles para explicar la totalidad pertinente al objeto.

Luego entonces, el método de *reconstrucción* proveniente del marxismo me parece el más idóneo para la finalidad que se persigue, por su relación entre sujeto-objeto¹⁶, tal como lo describe Cerroni:

Marx pasa a formular un método nuevo, basado en la esencialidad y positividad del objeto: la construcción científica debe estar fundada sobre la recíproca funcionalidad de la idea y del objeto, o sea, sobre una mediación real del objeto, sobre categorías-funciones que no se hipostasien y, consecuentemente, eviten el apriorismo y el cautiverio de la realidad trascendida (Cerroni, p. 14; 1975).

Así pues, dicho método pretende formular categorías que aprehendan al objeto ya sea material o inmaterial para poder llevarlo a la abstracción y descomponerlo a fin de comprender la esencia y naturaleza del mismo, desde luego, sin caer en determinismos, sino únicamente con el objetivo fundamental del conocimiento. Además, tal relación nos indica que no se pretende derivar en un silogismo ideal, en virtud de buscar siempre la relación con lo exterior, por tanto, no es una simple búsqueda en el interior del ser, sino una relación de éste con lo externo y de qué manera se interrelaciona y reconstruye, por ello, no debe de perderse de vista que

¹⁶ Desde luego, dicha relación implica también un sujeto-sujeto incluido en las relaciones sociales de producción, sé que quizá la presente aclaración es innecesaria para el lector pero aún así deseo insertarla para mayor entendimiento.

el objeto debe determinarse lo más específico posible y no confundirse como producto de la idea, sino inclusiva a éste.

Por su parte y a manera de síntesis, Enrique de la Garza (en proceso de edición; 2011a) retoma el método del concreto-abstracto-concreto de Galvano Della Volpe, que se desprende del método de la economía política elaborado por Marx, en donde el análisis se divide esencialmente en dos partes: la investigación y la explicación, aspectos mencionados con anterioridad. Entonces, se parte del concreto real como la relación del sujeto con el objeto, hacia el concreto abstracto en donde se descomponen éstos a efecto de poder simplificarlos (proceso de investigación), posteriormente de los conceptos simples se reconstruye la teoría hacia la realidad formando el concreto pensado, claro, un elemento importante de esta reconstrucción es la consideración de la lógica y la historia, así como la teoría acumulada como aspectos que permean el actuar del sujeto. En otras palabras, De la Garza continúa con el proyecto gramsciano que pretende encontrar en la subjetividad amalgamas culturales (denominadas por Gramsci como *folklore*¹⁷) que contribuyen a dar una explicación lógica a ciertas actitudes o “visiones de mundo” de los sujetos analizados, lo cual señala Gramsci:

Es necesario en cambio estudiarlo (folklore) como “concepción del mundo y de la vida”, en gran medida implícita, de determinados estratos (determinados en el tiempo y en el espacio) de la sociedad, en contraposición (generalmente implícita, mecánica, objetiva) con las concepciones del mundo oficiales (o en sentido más amplio, de las partes cultas de las sociedades históricamente determinadas), que se han sucedido en el desarrollo histórico (*Ibidem*; p. 241.).

Es así como De la Garza, bajo la influencia de Gramsci, nos señala la necesidad de buscar en los sujetos estratos “fossilizados” como aquellos resabios históricos conservadores y reaccionarios provenientes de “vidas pasadas”, en contraste con

¹⁷ “El folklore puede ser entendido sólo como reflejo de las condiciones de vida cultural del pueblo, si bien algunas concepciones propias del folklore se prolongan aún después que las condiciones hayan sido (o parezcan) modificadas o hayan dado lugar a combinaciones caprichosas.” (Gramsci, Antonio, p.240; 1998).

los provenientes de nuevas condiciones de vida en proceso de desarrollo y contradicción con los viejos valores.

De tal manera que, existe una dialéctica entre el mundo exterior y el interior que si bien están conectados por elementos históricos y lingüísticos guiados por la lógica común, no son determinantes desde la perspectiva de la *postura crítica*, no como una teorización, sino desde dimensiones más amplias que las cognoscitivas, por ejemplo, las gnoseológicas que suponen ruptura con el patrón cultural. Es decir, intentar abordar lo desconocido con una actitud *racional*, si el hombre no afronta esto difícilmente podría avanzar (Cfr. Zemelman, Hugo, p. 233; en: Marini, Mauro y Mária Millán; 1996).

Además, la *postura racional* implica también al sujeto práctico, quien más allá de grandes concepciones y articulaciones teóricas, vive dentro de la cotidianidad y se conduce con sus propias creencias y construcciones de realidad. De ahí que ésta se torna en *ética* porque trasciende más allá de lo verdadero o lo falso; las exigencias son distintas, se trata de comprender el momento que se vive y como se actúa en estas circunstancias, aspectos que no fueron tratados en el tiempo del socialismo real, ya que se hundió dentro del burocratismo sin tomar en cuenta el desarrollo revolucionario del sujeto y su construcción de vida cotidiana. (Cfr. *Ibidem*, p. 236).

En consecuencia, las estructuras sufren el regreso del sujeto, por ello, no necesariamente tengan que ser rígidas sino pueden analizarse como configuraciones; es decir, que puedan ser analizadas como niveles distintos de realidad, con relaciones duras y laxas, en éstas últimas que se admita la metáfora o la analogía, considerando también las contradicciones, la discontinuidad o incluso la obscuridad. En otras palabras, la intención que se pondera aquí es retomar la *postura crítica* de Hugo Zemelman; la cual sin duda se remonta a la vertiente inaugurada por George Lukacs, quien en *historia y consciencia de clase*, inició una tremenda búsqueda de la relación entre la teoría y la práctica (Lukacs;1970). Es decir, la investigación resultante de este método es lo más verosímil a la realidad, a diferencia de otros métodos donde la realidad es forzada por la teoría, aunque cabe aclarar que ésta a cada instante puede transformarse,

es una serie de contradicciones delineadas en un tiempo y lugar determinado, tal como atinadamente Antonio Gramsci mencionó al hacer el análisis de la cultura:

Un determinado momento histórico social no es nunca homogéneo, por el contrario es muy rico en contradicciones. Adquiere “personalidad”, es un “momento” del desarrollo por el hecho de que una determinada actividad fundamental predomina sobre las otras, representa una “punta” histórica (p. 22; 1998).

Entonces, vemos que dos autores que se enuncian de la corriente marxista, pero no dogmática, nos hablan de la contradicción de la realidad, y por ende, la imperiosa necesidad *ética* del investigador de interpretar a ésta lo más cercano posible.

Hasta aquí me parece pertinente la anterior discusión, porque la estrategia de investigación que se pretende hacer parte de conocer el *concreto real* de los actores para determinar el grado de imposición, consentimiento o indiferencia de la gerencia, y si dichas directrices emanadas de ésta son respetadas en su totalidad o existen ciertos mecanismos de defensa que tengan que ver con aspectos eminentemente laborales. Es decir, si en cierto momento de la prestación de actividades los actores tienen conocimiento del tipo de labores que realizan, es decir, si son propias de su profesión, acorde con su grado de conocimientos, y qué significado tiene para éstos las acciones que realizan cotidianamente en el centro de trabajo.

Por ende y de acuerdo con la metodología propuesta, se necesitan categorías para poder establecer la abstracción, a efecto de recolectar e interpretar el material empírico que se genere, y así poder formular una explicación del fenómeno social laboral en análisis.

Ahora bien, en cuanto al dato, éste se reconstruye de manera trifásica en relación con la estructura física misma, los interrogados y el interrogador, lo cual coincide con las tres acciones comunicativas planteadas por Habermas (Jürguen, *Op. Cit.*, p. 170-171) en su acción comunicativa: a) la relación del sujeto con los objetos (sujeto-objeto) que en este caso sería de manera analógica el trato que se da entre los sujetos y el centro hospitalario, circunstancia que obviamente

despierta una reflexión de mi parte hacia el poder simbólico del lugar; con los sujetos entre sí que tiene que ver con la interacción que realicé tanto con los sujetos en estudio como con el demás personal y visitantes durante mi estancia en el nosocomio(sujeto-sujeto); y la relación de lo vivido como aquellos aspectos emanados de aquel que narra así como los del investigador a partir del proceso de conocimiento que se genere en la investigación (sujeto-selft) .

De ahí que,(sin esta coma) el estudio que pretendo realizar será centrado en caso particular, a partir de este acto de comprensión se dilucida un modelo cuya pretensión fundamental es la de ser universal e intentar colonizar diferentes formas de trabajo médico, las cuales están forjadas teóricamente bajo diversas concepciones de formación y origen. Elementos que se pueden apreciar mediante una reflexión circunscrita en un sitio particular con sus especificidades en un momento determinado como es el contexto neoliberal que se vive en las instituciones de salud en México.

La parte esencial de mi trabajo desde el punto de vista metodológico es poder revelar y, en su caso, poder comprender esas subjetividades que ocurren y se reconstruyen dentro del trabajo médico durante la prestación del *internado* hospitalario. En ese sentido quizá valga la pena mencionar que dicho estudio institucional-subjetivo, aspectos que desde luego se pueden desarrollar sin parcializarlo hacia el ámbito administrativo sino a través únicamente de la sociología y la comprensión (*Cfr.* Taylor, D. J. y R. Bogdan; 1986).

Por ello, se elaborará con una construcción teórica inicial que considere al trabajo médico como aquél esfuerzo de interpretación de la enfermedad en términos foucoltianos; es decir, fundar la concepción del trabajo médico clásico como ese ejercicio de interpretación especial que se ha desarrollado a lo largo de los siglos de práctica de interpretación semiótica, así como su capacidad discursiva ante el paciente.

Posteriormente, analizar el lugar de trabajo bajo las teorías tanto del modelo médico hegemónico y del modelo productivo, a efecto de encontrar en el hospital los elementos necesarios para poder caracterizarlos(panóptico, institución total, taylorizado, fordista). Este período implica desde luego observación del lugar, si

bien existen elementos escritos que pudieran servir para este momento, no son idóneos pues no consideran el lugar de trabajo desde la visión que requiere el presente estudio, la cual tiene aspectos simbólicos y de significado, en otras palabras, me interesa describir la forma e imagen del lugar físicamente y su influencia en el sujeto de estudio.

Por último, observar y analizar la forma en que éstas características del modelo médico colonizan, si es que lo hacen, el mundo del trabajo médico y saber el efecto que genera en los sujetos, si es que existe resistencia o una internalización del trabajo médico en dicha lógica a raíz de su experiencia con el internado médico.

Desde luego, este estudio se requiere desde el aspecto externo u objetivo que será cubierto con algo de observación a la luz de los conceptos estructuradores; y un segundo momento será generar las estructuras discursivas de análisis, las cuales nos darán cuenta de ese mundo subjetivo que se elabora con la presión de las estructuras que afectan la forma de realizar el trabajo médico.

1. 4. Conceptos estructuradores

Una vez hecho el desarrollo teórico del presente estudio y para efectos metodológicos, me parece necesario formular elementos teórico conceptuales con la finalidad de poder elaborar o derivar posteriormente algunos indicadores que auxilien la recolección empírica, para ello tomaremos cuenta de teorías de alcance medio, las cuales como su nombre lo indican sólo nos ayudaran para aprehender cierta parte de la realidad:

-La clínica foucoltiana como trabajo no clásico.- El concepto de trabajo clásico proviene desde diferentes perspectivas, quizá las dos más imperantes son la neoclásica por un lado, y la marxista por otro, la primera restringe el concepto únicamente hacia aspectos de obtención de ganancia con el mínimo esfuerzo (actor racional) y la segunda desde una perspectiva más amplia relacionada con todo aquello que genere riqueza alguna (De la Garza, 2010c). Sin embargo, el mismo Marx en algunos escritos inéditos a hecho distinciones entre el trabajo

productivo e *improductivo*, respecto del primero sostuvo que es aquel trabajo que se consume dentro del proceso productivo con la finalidad de valorizar el capital y generar plusvalía, por consiguiente, todo aquel que no tenga esa finalidad aunque se encuentre dentro del proceso productivo carece de ser considerado trabajo productivo según la consideración de Marx. Desde mi particular interpretación el campo de los servicios carece de generación de plusvalía en la mercancía porque puede tener otro tipo de satisfacciones como las estéticas, además dicho proceso no es tan evidente como en las manufacturas clásicas, en especial por los efectos del capital como producto, pues, en el *productivo* el capital se valoriza directamente a la mercancía al ser agregado tiempo de trabajo y en el *improductivo* no se realiza esta valorización del capital aparentemente, incluso el producto no se separa de su creador (Cfr. Marx, 77-90; 1971b). En consecuencia, el trabajador al no estar en contacto directo con el modo de explotación “evidente” difícilmente podría constituirse en un sujeto revolucionario, toda vez que las relaciones de explotación quedan encubiertas desde la perspectiva clásica.

De ahí que, ante la realidad empírica que mostró aparentemente el resurgimiento de los servicios y la disminución de la manufactura a partir del neoliberalismo surgieran autores denominados *para-posmodernos*¹⁸ que pensaron que el trabajo más allá de estructurar identidades o forjar sujetos potencialmente revolucionarios se fragmentaría, dando gran dificultad a la cohesión social laboral, así como restringiendo fuertemente cualquier intento de movimiento, ya sea individual o colectivo.

Sin embargo, teóricos como De la Garza critican fuertemente estas posturas, consideran que dichas deducciones han sido hechas de forma poco fundamentada, y quizá los autores *para-posmodernos* han caído en algunos excesos como negar todo tipo de identidad por el simple hecho de la heterogeneidad más abundante en el trabajo. Empero, De la Garza señaló que la conformación de los trabajadores en una clase *para sí* no necesariamente es una regla de homogeneidad de actividades o categorías, sino que depende de otro tipo

¹⁸ Se denominan por De la Garza *para-posmodernos* a todos aquellos que a pesar de no asumir todos los postulados posmodernos se aproximan a esta teoría al poner en el centro de discusión el problema de la fragmentación de trayectorias laborales y de vida (Cfr. De la Garza, *et. al.*; 2010).

de factores interpretativos o sensitivos del ámbito tanto interno como socialmente contruidos mediado por las estructuras formadas en la realidad.

Por tanto, dicho autor consideró que el concepto de trabajo debe ser analizado desde una perspectiva más amplia que pueda dar cabida a los siguientes aspectos, claro, sin ser exhaustivos:

a) El trabajo ya no es únicamente trabajo material sino en gran medida inmaterial, en donde el producto no se separa de su creador, además se incluyen nuevos actores no como el consumidor final que adquiere el producto, sino el cliente que construye el producto con el trabajador, quien introduce aspectos simbólicos interaccionistas en el proceso productivo, es decir, dependen de las relaciones sociales entre el productor y el cliente;

b) El carácter de interacción depende de aspectos no sólo objetivos dentro de la relación, sino también la capacidad del productor de formular también aspectos simbólicos provenientes de las emociones humanas en las que se combinan los sentimientos, valores, estética, entre otros, por medio del discurso;

c) El surgimiento de un trabajo de servicios que se vuelve indispensable para otro tipo de trabajos, por ende, se vuelven indispensables para la generación de productos materiales, entonces, se puede hablar de una expansión de la manufactura hacia esos trabajadores con las mismas reglas en que en la fábrica (Cfr. De la Garza, 2010c).

Por tanto, las características de la clínica foucoltiana pueden ser aplicadas al concepto de trabajo no clásico, porque dicha concepción enuncia aspectos y características resaltadas en el trabajo de Foucault, en particular aspectos sobre la clínica médica resaltada por las capacidades y habilidades del médico para poder interpretar y comprender la enfermedad que aqueja al enfermo, digamos, el llamado “ojo clínico”, pues, dice : “...(la mirada médica) se dirige a lo que hay de visible en la enfermedad, pero a partir del enfermo que oculta este visible, al mostrarlo; por consiguiente, debe reconocer para conocer, pero retener el conocimiento que apoyará su reconocimiento”(Foucault, *Op. Cit.*, p.25). Así como las interesantes reflexiones rescata sobre la concepción de la revolución francesa en torno a los hospitales, los cuales son lugares de marginación creados por la

burguesía para marginar a los enfermos y evitar los probables contagios que se tengan con éstos, además de disminuir el potencial hermenéutico del médico, toda vez que éste se encuentra en un lugar en donde por decreto prácticamente la enfermedad debe exteriorizarse como tal (*Cfr., ibídem.*, p. p. 33-36).

En otras palabras, el sitio hospital exalta el proceso de trabajo porque este se realiza de manera burda en ese momento, entonces, la interpretación y el diagnóstico que realiza el médico puede llegar a ser influido por las condiciones externas del lugar. De ahí que, sea preciso conocer los aspectos significativos que se dan al desarrollar el trabajo, porque tal vez el sujeto no considere que su actividad es un trabajo, por ello, debo, por medio de analogías y metáforas con la figura de la fábrica, saber si el sujeto siente que su actividad es un trabajo y en su caso en qué consiste ese trabajo, ¿Cuál es el producto del trabajo? ¿Cómo observa a los pacientes? ¿Tiene jefe o tutor? Entre otros aspectos del trabajo mismo.

-Modelo médico hegemónico como modelo productivo.- El Modelo Médico hegemónico está caracterizado por su biologismo; ahistoricidad; asocialidad; pragmatismo; individualidad, y se reduce a la simplicidad de análisis individuales que no toman en cuenta al contexto o factores externos que afecten al sujeto, pues, podría afectar al modelo dominante. Asimismo, el Modelo Médico establece la práctica curativa, que analiza a los individuos desde un aspecto especializado sin tomar en cuenta otros factores que pueden ser determinantes para la enfermedad, toda vez que esto pondría en riesgo el sistema en que está sustentado: el curativo. El modelo médico tiene cuatro funciones universales: a) curativo preventivo: se establece como lógica universal este orden en toda práctica médica; b) normalizadora: para realizar el trabajo médico se requiere formar normas externas como internas; c) de control: para asegurar la eficacia del modelo médico se requiere tener control sobre la práctica médica; d) de legitimación (*Cfr., Menéndez; s/f*) de un modelo hegemónico de reproducción ampliada del capital.

Como se puede apreciar, se está frente a un modelo que pretende ser universal y que se impone de arriba hacia abajo de la estructura médica hospitalaria, en particular en la forma de obtener un diagnóstico y de organizarse dentro del proceso productivo pragmático con la finalidad de la ganancia, tal como lo afirma Menéndez al decir:

...el mercantilismo del modelo es parte de un desarrollo capitalista que considera todo bien, incluidas la salud y la enfermedad, como valor de cambio, concepción que incidirá cada vez más en las formas de operar no sólo de la biomedicina sino de otras prácticas de atención a la salud. (Menéndez, p.6; 2005).

Luego entonces, el modelo de organización y ejecución de los servicios médicos en general, según la propuesta de Menéndez, está imbricada por el contexto capitalista, el cual si bien es cierto que desde el punto de vista marxista, como ya se analizó, nos indica que no es un trabajo productivo, porque quizá no genere plusvalía; aunque tal vez sí lo llegue a hacer de manera indirecta como ya vimos con el concepto ampliado de trabajo.

Otra consecuencia del sistema médico en el capitalismo mencionada por el autor en comento es la burocratización y despersonalización en la relación medico/paciente, a causa de la creciente demanda de los servicios de salud el Estado tuvo que realizar inversiones en grandes sistemas hospitalarios, claro, con el sistema hegemónico incluido; se podría afirmar que el capitalismo penetró tanto en los sistemas de salud que adoptaron figuras y formas de estructuras productivas, incluso Menéndez llega a afirmar que: “El MM va ir pasando de un trabajo artesanal de costo relativamente bajo a una etapa que podemos denominar industrial, caracterizada, como ya vimos, por un constante incremento del coste de atención de la enfermedad”(Ibídem, p.20).

De igual forma, el conocimiento médico clínico en el MMH (Modelo Médico Hegemónico) empieza a disminuir de forma importante a causa de la “extracción y dependencia” del médico clásico a la investigación biomédica que, en su mayoría, está abarcada por biólogos o químicos farmacéuticos, disminuyendo considerablemente el marco de acción del médico mismo.

En otro orden de ideas pero siguiendo la teoría general de los modelos, para efectos del presente trabajo, utilizaremos los desarrollos realizados por el grupo Gerpisa, los cuales emanan de la teoría de la regulación proveniente de una corriente neomarxista en los años 70's conformada en una primera etapa por Michel Alglieta, Robert Boyer y Alan Lipietz, estos dos últimos tienen el proyecto Gerpisa que sustenta la teoría de los modelos productivos. Dicha teoría pretende dar una explicación de las crisis capitalistas mediante el concepto de modelos de producción. Consideran que la causa de las primeras está relacionada con la falla o pérdida de vigencia de los segundos; es decir, como si los modelos de producción aparecieran como indicadores de la inminente crisis capitalista. Los elementos que se destacan de esta teoría son dos: modos de regulación y régimen de acumulación.

Por un lado, el modo de regulación es considerado como el resultado de articulación entre una serie de formas institucionales o estructurales, que generan un ambiente adecuado para el desarrollo del régimen de acumulación, pues, respeta la acción individual pero genera una serie de reglas en donde ésta debe circular; tal ordenamiento puede ser considerado como aquellas instituciones establecidas por el Estado a efecto de asegurar el desarrollo de la economía. Y por otro lado, el régimen de acumulación se presenta como el esquema o modelo de crecimiento de una economía nacional en una época dada, y asigna importancia por igual a las condiciones de producción que a las condiciones de venta de las mercancías. En ese sentido, Alglieta define dos tipos de modelos productivos: a) Régimen de acumulación extensivo (más asalariados); b) Régimen de acumulación intensivo (taylorismo-fordismo) (Cfr. Neffa; 2006b). En síntesis, estos son dos tipos de regímenes en la etapa clásica, digamos, de la teoría de la regulación, actualmente el término de modelo de producción ha adquirido una riqueza mayor a partir del proyecto Gerpisa arriba mencionado.

En especial en aquel texto elaborado por Boyer y Freyssenet denominado *Modelos Productivos*(2001), para ello, los autores hacen un breve recorrido por el concepto de modelo desde la panorámica de cuatro vertientes que configuran un mismo concepto, al señalar el ideal a alcanzar: un modelo debe ser una

configuración socioproductiva susceptible de movilizar a los actores de la empresa para volverla performante; y tiene como objetivo: delimitar las configuraciones socioproductivas reales performantes y no sólo los modelos popularizados por sus inventores o por las ciencias de la administración; así mismo los actores deben cuidar la perennidad de la empresa de la que viven, es decir, su rentabilidad, por tanto concluyen respecto al término de proceso productivo como: El modelo productivo como proceso ampliamente intencional de puesta en pertinencia externa y en coherencia interna de los cambios técnicos, organizacionales administrativos y sociales, en respuesta a nuevos problemas de rentabilidad económica y de aceptabilidad social, nacidos de la dinámica del modelo anterior y de las transformaciones del contexto competitivo macroeconómico y societal. Así entonces, las premisas que se desprenden del anterior concepto son la posibilidad de ver al proceso productivo como único y coherente por sí mismo, con la finalidad fundamental de mantenerse ante los cambios tecnológicos y la competitividad, mediante la transformación organizacional.

De igual forma, surge la necesidad de establecer un modo de crecimiento visto de manera amplia desde el espacio económico y político, que sea congruente con un sistema de ganancia compatible, a manera que se acerque lo más posible al modo de crecimiento actual o si no adaptarlo a éste. En ese sentido los modos de crecimiento son analizados por los autores en el siglo XX, definiendo ocho modelos esenciales, aunque cabe hacer la aclaración que sólo se circunscribieron al proceso automotriz. Asimismo, los autores nos advierten que el modo de crecimiento no lo explica todo sobre la demanda y el trabajo, pero determinan dos elementos esenciales para determinar la estrategia de ganancia: el volumen y la estructura, dentro de un espacio determinado en donde la demanda y las características de la distribución son elementos claves a considerar.

Por ende, es indispensable señalar la estrategia de ganancia que se desprende por los autores en seis fuentes, dentro de las que se encuentran: economías de escala, diversidad de oferta, calidad en el producto, innovación, flexibilidad productiva, la reducción permanente de los costos. Desde luego, éstas dependen de condiciones de crecimiento para poder desarrollarse, consistiendo

en un modelo de congruencia entre estos dos elementos, así como los acuerdos que existan entre los actores, en los cuales se puedan incluir sus perspectivas a largo-plazo, dando como resultado los modelos de producción, definidos por los autores de la siguiente manera: compromisos de manejo de empresa, que permiten implementar duraderamente y con beneficio una de las estrategias de ganancias viables.

En ese sentido y considerando que las configuraciones socioproductivas, se convierten en modelos productivos, aunque de manera no intencional, en la coherencia de: la política producto, de la organización productiva y de la relación salarial con la estrategia de ganancia perseguida; la empresa deberá estabilizar una estrategia de ganancia que sea complementaria con el modo de crecimiento de la entidad económica y política, en la que la empresa despliega su actividad y establecer un compromiso duradero de gestión de la empresa en relación con los medios empleados para implementar de manera consistente la estrategia elegida. Desde luego, a partir de los elementos expuestos por los autores se hace un recorrido de carácter histórico por los modelos productivos y sus diferencias respecto de espacio, estrategia y modelo de producción: el *tayloriano*, *woollardiano*, *fordiano*, *sloaniano*, *toyotiano* y *hondiano*. En particular estos últimos destacan por haberse efectuado en el mismo lugar pero con diferentes estrategias, destacando la especialización flexible y la innovación tecnológica, que han tenido resultados interesantes.

Una vez hecho el recorrido teórico de la presente propuesta es necesario aplicar dichos aportes para definir que (qué) tipo de estrategia tiene el Hospital General en concreto, para poder observar la inferencia o cumplimiento que se tiene por parte de sus trabajadores; si dan pleno cumplimiento o no a las directrices de la cúpula, además de conocer qué tipo de proceso se lleva si es: *fordiano*, *tayloriano* o *toyotiano*, entre otros.

-Colonización de la vida cotidiana del médico interno de pregrado en el MMH mediante la estructuración laboral

En este apartado se analizará la eficacia que tiene el proceso de institucionalización en el sujeto, en particular se utilizarán los aportes de la fenomenología y el análisis del sentido común (Berger, P. y Luckmann, *Op. Cit.*) en cuanto a los aspectos introducidos en el sujeto como mecanismos de sumisión e implantación de tareas en el proceso laboral, desde luego, el nivel de observación en este caso será a nivel de piso; es decir, donde se hace el proceso mismo.

El proceso de trabajo tiene diferentes vertientes pero la que se utilizará este trabajo será la marxista, entonces, el proceso de trabajo es en términos de Marx:

...es la actividad racional encaminada a la producción de valores de uso, la asimilación de las materias naturales al servicio de las necesidades humanas, la condición general del intercambio de materias entre la naturaleza y el hombre, la condición natural eterna de la vida humana, y por tanto, independiente de las formas y modalidades de esta vida y común a todas las formas sociales iguales (Marx, p. 136; 1968a).

De tal manera que, es la transformación de la naturaleza hecha por el hombre para cumplir con sus necesidades sociales. Sin embargo, en el mismo proceso se valoriza también el capital, el cual se convierte en valor de cambio, de tal forma que el trabajador al poner su esfuerzo, esmero e intensidad en un objeto que será la mercancía aumenta su valor, aspecto que ha sido denominado como plusvalía.

Así pues, el capitalista siempre querrá más plusvalía, pues, aumenta su capital por medio del intercambio de las mercancías, tal como lo afirmó Marx al decir:

Al transformar el dinero en mercancías, que luego han de servir de materias para formar un nuevo producto o de factores de un proceso de trabajo; al incorporar a la materialidad muerta de estos factores al fuerza del trabajo viva, el capitalista transforma el valor, el trabajo pretérito, materializado, muerto, en capital, en valor que se valoriza a sí mismo en una especie de monstruo animado que rompe a “trabajar” como si encerrase el alma en un cuerpo (*Ibidem*, p.146).

Luego entonces, se puede señalar que el proceso de trabajo tiene dos caras, por un lado está la más evidente: la objetiva, que se realiza en la transformación de las materias primas en una mercancía por medio de la valorización del capital; y por otro, la subjetiva, donde el actor pone todo su esfuerzo y pericia para formar algo útilmente necesario; al brindar su energía al proceso productivo y dotar de valor los objetos inanimados es como si los dotara de vida.

No obstante lo anterior, Marx también pudo analizar que a medida que se va creando valor en los objetos que serán mercancía, se va desvalorando el mundo de los sujetos, entonces, el trabajo no sólo produce mercancías sino se reproduce a sí mismo. Empero, dicho objeto puede llegar a considerarse como con vida propia y oponerse a su productor, toda vez que el trabajo vivo se objetiva en el producto, de tal manera que priva de la realidad al obrero y éste se esclaviza al objeto (Marx; p75; 1968a).

En consecuencia, el proceso de trabajo absorbe la vida del trabajador por medio de la enajenación del hombre a la mercancía, y quien tiene el control del proceso de trabajo es el capitalista que obtiene del trabajador plusvalía, como si los sujetos fuesen objetos.

En otro orden de ideas, en los albores del siglo XX y con la industria ya desarrollada en su mayoría, se implementaron nuevas formas de organizar el trabajo, aunque no varían mucho de lo ya propuesto por Carlos Marx, sólo analizan desde la perspectiva empresarial algunas partes del proceso productivo, para hacerlo más eficiente, como es el caso de Federico Taylor, quien implantó la administración científica cuya aportación principal es dividir gerencia y ejecutores del trabajo.

En ese sentido, surgen las aportaciones de Frederick W. Taylor, quien establece la administración científica al considerar que debe existir una división general entre el la gerencia y los trabajadores, a efecto de mejorarlo reduciendo los tiempos y movimientos innecesarios en el proceso productivo.

Por consiguiente, el obrero sólo era visto como un simple ejecutor, incluso Taylor le llegó a nombrar de manera metafórica “Buey”, pues, extraía toda su capacidad de decisión hacia la gerencia (Cfr. Taylor; 1998).

Los principios de Taylor y su administración se exponen en los siguientes puntos:

1° Los gerentes asumen la tarea de extraer el conocimiento de los trabajadores en el proceso productivo para ordenarlo, clasificarlo, tabularlo y reducirlo a reglas;

2° Todo trabajo cerebral debe ser removido del taller y concentrado en el departamento de planeación o diseño; y

3° La gerencia pre-calcula y califica las tareas que los obreros realizarán en la jornada de trabajo. (Cfr. Neffa; 1990a).

Al respecto cabe señalar que, estos elementos sólo agudizan la contradicción de clase, además de abaratar tanto el trabajo calificado como no calificado, pues, la mayoría de obreros buscan llegar a la gerencia, en la virtud de ser considerado el departamento que piensa; es decir, el obrero no soporta ser un simple “títere” de la gerencia.

Sin embargo, Braverman(1983) realizará críticas fuertes al sistema Tayloriano, pues, resalta de los elementos de la administración “científica” expuesta por Taylor, que pretende dividir el trabajo en dos extremos, por un lado, la masa proletaria que hace el trabajo manual, y por otro, una cúpula organizativa que de forma objetiva analiza el proceso de trabajo para hacerlo más eficiente. Aspecto que sin duda resulta falaz, tal como afirma el autor, al final de la supuesta operación “científica”, en donde la cúpula observaba el proceso de trabajo y posteriormente pretendía tener planeación, control y ejecución de éste, concluyó que no se trataba de ningún proceso científico y que sólo daba como resultado la sobreexplotación de la masa proletaria, mediante la intensificación de su trabajo. En ese contexto nos señala el concepto expuesto por Taylor denominado “jornada justa” (adjetivo que difícilmente se acerque a la realidad), el cual pretende explotar al trabajador lo suficiente sin poner en riesgo su salud.

De esta suerte, Taylor requiere un obrero que no piense, sólo obedezca, por ello, formula los siguientes principios: Disociación del proceso de trabajo de la pericia de los obreros; Separación de la concepción de ejecución; Uso de este

monopolio del conocimiento para controlar cada paso del proceso del trabajo y su modo de ejecución.

Posteriormente, hace referencia sobre los efectos de la administración “científica”, dando como primer resultado la polarización entre obreros de planta y obreros de cúpula, se contrastan las condiciones de los mismos. Así mismo, se fomenta en el obrero de planta la posibilidad, bajo el aumento del capital y la expansión de la industria, la posibilidad de “subir” en la escala administrativa y pasar de ser un simple obrero a formar parte de la clase controladora o vigilante de la empresa, entonces, se abarata la mano de obra tanto calificada como no calificada. De igual forma, se abarata el puesto de gerente, ya que al crecer la oferta de la fuerza de trabajo las condiciones laborales se encarecen. Por ello, el autor nos hace reflexionar sobre el puesto de administrador científico, demostrando que la tendencia general es la automatización general en la empresa, así como la formación de nuevos administradores, entonces, su estatus de trabajadores especiales deja de ser vigente; es decir, no son más que los trabajadores de planta, por tanto, el autor nos guía bajo el argumento de los antiguos oficios en donde la educación y la cultura eran tema principal de los procesos de producción y no simples obreros con el exterior de científicos, pero las habilidades de un obrero común.

Además, el autor en comento nos muestra la última etapa del desarrollo industrial donde se postula como premisa fundamental la psicología y la sociología, ambas industriales, porque lo importante en este momento es realizar estudios ad hoc sobre el comportamiento de los obreros en la fábrica, que sirva como medio de convencimiento a efecto de que éstos cooperen en la productividad. Es así como emergen las corrientes e institutos de estudio, como es el caso de Hugo Münsterberg, quien establece las bases de la sociología industrial, aduciendo que ésta debe ser un punto medio entre la psicología y la economía, al servicio del comercio y la industria, aspectos que indudablemente vierten una postura diferente a las anteriormente expuestas por el marxismo, pues estas últimas eran estudios parcializados hacia la clase obrera. Del mismo modo, está la corriente encabezada por Walter Hill Scott, quien propone un servicio de

análisis psicológico efectuado mediante “test”, con la finalidad de determinar las capacidades e inteligencia de los obreros para adaptarse a las premisas impuestas por la gerencia. Sin embargo, Elton Mayo, desechó tales postulados al descubrir que los obreros más allá de capacidades actúan colectivamente para resistir las exigencias de la gerencia; es decir, las determinaciones que los obreros tomarán en la fábrica son imposibles de determinar desde el punto individual, al entrar en contacto con los obreros sus acciones se transforman en colectivas.

Al respecto cabe señalar que en el caso de los sistemas hospitalarios quizá los mecanismos de control del proceso son más sofisticados que los burdos planteamientos de Taylor, y concuerdan más con la reflexión final de Braverman(1983), porque más allá de las “administraciones científicas” que imponen tareas de forma material y tal vez grotesca a la clase trabajadora existen otros medios que no actúan de forma externa, sino mecanismos implantados de manera interna que someten al trabajador creando mecanismos en su interior cuando en ocasiones dicho trabajador no tiene conocimiento de ello, por ejemplo, las tareas del sistema hospitalario en donde la violencia simbólica está presente, pero en un nivel de agresión subjetivo más que físico.

En efecto, el lugar cuenta con mecanismos internos que pueden llegar a *colonizar* la subjetividad de los trabajadores, toda vez que dicho hospital tiene características de *institución total*, la cual se define como lugar en donde se desarrollan cierto tipo de actividades como las laborales y éstas absorben algo de tiempo, pero, Goffman nos dirá que:

“La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y el éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambre de púa, acantilados, ríos o bosques pantanosos (Instituciones totales)” (Cfr., p.18; 2001).

De ahí que la identidad se forme a partir del encierro que coacciona a los sujetos a generar un mundo interno que será el centro de la construcción de su mundo social; es decir, la *institución* es la columna que estructura la identidad o por lo

menos esa es su finalidad. Por ello, resulta sumamente enriquecedor para este trabajo dicha teoría, porque el internado está catalogado por el mismo Goffman como una *institución total*¹⁹, en donde los individuos que normalmente tienden a dormir, trabajar y jugar en diferentes sitios, con diferentes autoridades y sin un plan racional estricto en las instituciones totales dichas actividades pierden su noción de diferenciación, pues, todas se concentran en la institución. Asimismo, se tienen las siguientes características:

- a) Los aspectos de la vida se llevan a cabo en el mismo lugar bajo autoridad única;
- b) Cada actividad de los sujetos se desarrolla conjuntamente con sus compañeros, quienes realizan las mismas acciones de la misma forma definidas previamente por la autoridad única;
- c) Todas las actividades están estrictamente programadas por una serie de reglas explícitas y funcionarios revisores;
- d) Las actividades obligatorias se encuentran en un plan racional, previamente concebido por el cumplimiento de los objetivos de la autoridad.

Todos estos aspectos, tienen como un principio general la burocratización unitaria para la resolución de las diversas necesidades humanas de sus integrantes, aspectos que coinciden con las características de la *colonización del mundo de la vida*. Habermas, al analizar, a Weber llega a la hipótesis de la racionalidad del mundo de la vida, en donde ésta sufre un desacoplamiento entre los ámbitos de acción (la economía y la burocracia) y cae dentro de su subordinación. Así pues, dicha subordinación proviene de una dependencia por los elementos sistémicos, de igual forma ocurre una *colonización interna*, en donde los desequilibrios críticos en torno a la reproducción material traen como consecuencia la repercusión en la reproducción del mundo simbólico (Cfr., p.432; *Op. Cit.*).

En efecto, la explicación conceptual de estas teorías enmarca un sujeto que está determinado por las estructuras que se le imponen y que quizá no tenga

¹⁹ Instituciones destinadas al mejor cumplimiento de una tarea de carácter laboral, y que sólo se justifican por estos fundamentos: Escuelas de internos, colonias, campos de trabajo. (Cfr. Goffman, 19; 2001).

medio de emancipación o resistencia, pero es algo que tiene que analizarse a la luz empírica de las subjetividades de los actores.

Una vez elaborados los conceptos estructuradores que sirven de categorías para aprehender la realidad es momento de formular las técnicas de recolección de datos que se utilizarán para poder realizar el análisis correspondiente.

1.5. Técnicas empíricas.

El estudio que pretendo hacer, por estar centrado en sujetos y su relación con el espacio hospitalario en un contexto de simbolismo mítico²⁰, será de carácter cualitativo, porque es necesario recolectar información que se encuentra en la subjetividad de los actores en el sistema hospitalario, donde existen mecanismos que pretenden interiorizarse en tal sujeto, entonces, me interesa saber qué respuestas o reajustes ocurren en aquella configuración de subjetividades.

En ese sentido, los sujetos transmiten parte de su mundo interno por medio de las palabras, éstas son articuladas en forma de discursos motivadas por el contexto y los sujetos a quienes va dirigido; entonces, tal relato se convierte de alguna manera en material o dato construido que intenta explicar los significados y el mundo del actor. El nivel de análisis será el lenguaje de la vida cotidiana de un médico interno de pregrado, en donde las estructuras de sentido se encuentran objetivadas (Berger, Peter y Thomas Luckmann, p. 39; *Op. Cit.*).

Así pues, se utilizará para el procesamiento de información creada por el lenguaje cotidiano de los sujetos de investigación. Las técnicas a utilizar son esencialmente: *la observación estilo etnográfica*²¹ y *la entrevista en profundidad semiestructurada* con un guión de indicadores laborales y de experiencia vivencial; así como a partir del discurso que se formule en la entrevista, se hará un ejercicio de análisis argumentativo y diferentes observaciones directas en el lugar de trabajo de los sujetos de investigación.

²⁰ Como se sabe la producción misma de la medicina se encuadra en un ambiente simbólico, pues, su mercancía principal es la salud, la cual es un estado del sujeto en donde existe bienestar físico y social, pero que en el fondo pretende ocultar o hacer tolerable el sentimiento inminente de muerte.

²¹ Es necesario aclarar que este término tiene un origen popular en las técnicas de investigación proveniente de la Antropología, los primeros investigadores en utilizar este instrumento fueron, entre otros, Boas (1911) y Malinowski (1932), quienes con cierto rigor dan cuenta de los significados y conductas de los sujetos observados. (*Cfr.* Tylor, S. J., y R. Bogdon, p. 15-19 *Op.Cit*)

En primer lugar se situará la entrevista en profundidad, la cual es definida como:

“encuentros reiterados, cara a cara, entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias y situaciones, tal como las expresan con sus propias vidas’, en las cuales el entrevistador/a, lejos de asimilarse a un robot recolector de datos, es el instrumento de la investigación y no lo es un protocolo o formulario de entrevista” (Ruiz Olabuenaga, J. I. e Ispizua, M. A., p.126; 1989).

De tal suerte que, son una serie de elementos que evocan la interacción simbólica, con tintes de sociología del conocimiento porque el objetivo fundamental de las entrevistas es: la comprensión de su mundo interno, del cual tenemos la presunción de que está reconstruido por la simple estancia en aquella *institución total hospitalaria*.

La entrevista en profundidad se aplicará, como se mencionó líneas anteriores, por medio de un guión, el cual se encuentra al final de este documento en su anexo respectivo.

Posteriormente se transcribirán las grabaciones hechas y se hará el análisis interpretativo correspondiente. Se entrevistarán a por lo menos un integrante de las diversas instituciones de origen.

El formato a utilizar en segundo lugar será el análisis argumentativo (Cfr. Perelman y Olbrech Tyteca; 1989), para dicho análisis es útil identificar tres aspectos importantes: a) El punto de partida, premisas ideológicas culturales; b) El objetivo de persuasión sobre el destinatario; c) Su propiedad de representación y esquematización por medio del sentido teatral de la palabra (Cfr. Giménez; 1981).

Además, hay que considerar las siguientes reglas operatorias:

-reglas de selección: selección de objeto del discurso;

-reglas de determinación: determinación de estos objetos mediante especificaciones ulteriores;

-reglas de cierre de existencia: caracterización de la selección operada y de las especificaciones hechas por medio de las propiedades que se atribuyen a los objetos determinados;

-reglas de admisibilidad: introducción, a partir de las propiedades atribuidas, de juicios que vienen a estabilizar lo bien fundado de la selección de las determinaciones.

También se realizará observación directa y participante²² con el objetivo de poder comprender los aspectos simbólicos en el “piso de fábrica”, así como los gestos y pantomimas que realicen los internos en interacción con los otros actores del proceso médico, para posteriormente contrastarlos con el comportamiento fuera del lugar de trabajo y poder establecer las diferencias de esto.

La forma de contacto será estando en el lugar de trabajo por las vía formal e informal, desde el contacto institucional, así como la formación de relaciones informales con mis sujetos de estudio mediante charlas y acercamientos para poder establecer el contrato de confianza necesario.

Los *porteros* que darán acceso a la presente investigación son personas relacionadas con el ámbito académico en los sistemas de salud, tanto del sitio de análisis como de entidades universitarias.

El comienzo de la observación se dará por medio de algunas charlas informales durante breves estancias en el nosocomio a efecto de poder establecer el *rapport*, que es una especie de confianza que se establece con el entrevistado; una especie de *empatía*.

1.6. Motivación y caracterización histórico-jurídica del internado médico en el Hospital General de México.

El internado médico, por descender de una profesión liberal, tiene en cierto sentido un origen histórico, cuya motivación principal es la formación del aprendiz que se inicia en el arte de la actividad, claro, bajo el cuidado de un galeno experimentado, quien otorgaba al aprendiz los medios necesarios de subsistencia, hasta que

²² La observación participante es aquella que surge a partir de la interacción social con los informantes, que si bien conlleva cierto grado de desarrollo teórico también evita la saturación del mismo, porque lo primero está en los libros y lo demás en el mundo “real” (*ibídem*).

podiera obtener el grado de maestro médico; ésta práctica se dio fundamentalmente en la Europa feudal y parte de la época burguesa. Tal aclaración surge a partir del modelo inicial de enseñanza médica en México es de tradición francesa, que posteriormente pasaría al contexto de la ideología americana a causa de la segunda guerra mundial (Cleaves; 1985). Entonces, la percepción médica se transformó radicalmente hacia el estudio de las enfermedades en particular, y obviamente al interés económico.

Lo anterior tiene vital importancia en el presente estudio porque tales hechos demuestran un paradigma arcaico con una nueva visión; es decir, la estructura fundamental de la medicina sigue siendo de carácter feudal, pero con la nueva práctica cuya finalidad es la generación de plusvalía, tanto para los laboratorios farmacéuticos como para los profesionales de la salud.

Por ello, las instituciones de medicina aumentaron su oferta pero disminuyeron su estructura, situación que aparentemente es contradictoria a todo sentido común, pero que en la lógica del capitalismo neoliberal es totalmente rentable, valga recordar que las instituciones de salud no sólo son fuentes de riqueza, sino también son lugares donde se mantiene y reinserta al mercado laboral a la fuerza de trabajo. Ante tal situación los médicos de base adscritos a las instituciones hospitalarias tuvieron que hacer uso más frecuente de la fuerza laboral cautiva: los estudiantes.

En el mismo sentido, los aspirantes a galenos con la ambición de aprender aceptaron tan injusta posición, porque éstos no tuvieron las protecciones y beneficios de los médicos de base, pero realizaron las mismas actividades. Fue entonces cuando, en 1964 surgió el movimiento estudiantil médico integrados en su mayoría por estudiantes a médico general y a especialidad, cuya representación convergió en el AMRRI, quienes sustentaron tres puntos claves: Mejoramiento de las prestaciones económicas, seguridad en el empleo y participación activa en los programas de enseñanza. Sin embargo, dicho movimiento no obtuvo más que la represión estatal, y posteriormente la regulación jurídica dentro de la ley federal del trabajo de 1970, en un capítulo especial con el rubro de “trabajos de médicos residentes en periodo de adiestramiento en una

especialidad”, en donde destaca la omisión total a los médicos internos, quienes también formaron parte del movimiento, pero que a diferencia de los residentes no fueron reconocidos por el estado, en la calidad que sus actividades se merecen: las de médicos.

Fue hasta el período de Miguel de la Madrid Hurtado, quien por cierto introdujo las ideologías neoliberales en el ámbito de gobierno a nivel nacional, cuando los internos médicos tuvieron un origen formal, porque si bien éstos ya realizaban en la práctica tal función, también lo es que no tenía fundamento legal y es más se basaban en aspectos notoriamente contradictorios con las premisas de los artículos 3º, 5º y 123 de la Constitución Política. Dicho reconocimiento, se dio a partir del *Reglamento por el que se establecen las bases para la realización del internado de pregrado de la licenciatura en medicina*²³, cuya finalidad principal fue el otorgar una “justificación” jurídica mediante un ordenamiento reglamentario, éste último es simplemente una determinación del poder ejecutivo mediante sus facultades administrativas, por tanto, no tiene el carácter de ley. En tal documento se exponen las definiciones conceptuales en torno al internado médico: asimismo, contiene la jerarquía jurídica que tiene dicho internado, las cuales se desprenden del artículo primero, que propone el siguiente orden:

- 1.-El Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos;
- 2.-Las disposiciones legales que regulan la organización y funcionamiento de las instituciones educativas por el presente reglamento;
- 3.-Por los convenios que para el desarrollo de las actividades académicas correspondientes celebren las instituciones de salud y las educativas;
- 4.-Por los programas que se deriven dichos convenios; y
- 5.-Por los reglamentos internos de las unidades.

De lo anterior se deduce, la importancia que el Estado brinda a las cuestiones sanitarias, las antepone como primer elemento, olvidando completamente la supremacía constitucional contenida en el artículo 133 de nuestra Carta Magna, que señala como ley suprema de la Unión todo lo que no sea contrario a la Constitución, por tanto, ésta prevalecerá ante cualquier ley o tratado. Luego

²³ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 09 de diciembre de 1983.

entonces, ningún decreto ni reglamento puede violar las garantías constitucionales, a las que todo individuo que se encuentre en el territorio mexicano tiene derecho prescrito en su artículo primero, por tanto, la definición correcta del presente reglamento tendrá que anunciar primeramente a la Constitución.

Lo anterior es relevante para el estudio que pretendo realizar, el cual se centra en los sujetos internos de pregrado dentro de los sistemas hospitalarios, por ello, el análisis tendrá que ser necesariamente en un hospital. Por consiguiente y debido al simbolismo que guarda el Hospital General de México, he decidido hacerlo en éste. En virtud de que su historia data de una época en México donde las premisas *orden y progreso* eran los conceptos estructuradores en la administración autoritaria de Porfirio Díaz, y a pesar de eso ha sobrevivido a los fuertes embates del tiempo, desde luego, con algunos cambios en cuanto a la organización administrativa y algunos anexos que aumentaron, pero en esencia la organización y forma del trabajo, así como la estructura médica no ha cambiado desde aquella época, lo cual resulta pertinente para el presente estudio.

Derivado de lo anterior, resulta sugerente el realizar la investigación en el Hospital General de México, en especial porque los sujetos de estudio en esta institución, además de rotar por los distintos “servicios” del hospital en el período de su internado. Tienen que pasar por diferentes pabellones del hospital, como puede ser: *cardiología; medicina interna; urología; cirugía; geriatría*, entre otros, por ello, podré ver si existen diferentes lógicas organizativas en cada pabellón o es un modelo único de servicio, acorde a la temática del Modelo Médico Hegemónico.

El campo empírico cuenta con 144 [médicos internos], número mayor por tres internos al de 2011, el cual presentó un aumento de “...24 (20.5%) alumnos [médicos internos] con respecto a 2010 que fueron 117, y de (110) 31 (28.2%) en comparación a 2009”(informe del director general del Hospital General; 2011). En otras palabras, los sujetos de estudio van en aumento a pesar de ser uno de los hospitales más viejos de la ciudad, con aproximadamente 105 años de vida; entonces, se podría decir que es un lugar con concurrencia frecuente para la

formación de médicos. Dicho internado cuenta con una subsede externa en el Centro de Salud Chinampac de Juárez, en la delegación Iztapalapa y rotaciones de cada 2 meses por las cinco áreas troncales de la institución. Además de contar con diferentes especialidades y residencias, tan sólo este último rubro al mes de junio (2011) contaba con 649 residentes más 214 estudiantes de posgrado médicos (cabe aclarar que en este rubro se consideró a los estudiantes de maestría, doctorado y alta especialidad únicamente).

Otro aspecto interesante que otorga mayor idoneidad al lugar para el estudio que pretendo realizar, es el origen de los internos médicos que prestan servicios en el hospital, pues provienen de 6 diferentes instituciones universitarias (UNAM; IPN; ANAHUAC; PANAMERICANA; LA SALLE; UAEM; UAEMX; UB PUEBLA; UAG) tanto públicas como privadas, lo que enriquece la posibilidad de análisis para mi trabajo, pues, tienen diferentes ideales, discursos, visiones de mundo y tal vez formas de concebir la medicina.

Aspectos y características que indudablemente no se presentan como exhaustivas, pero que pueden ser determinantes para la significación de un estudio con las peculiaridades que se pretende realizar, con estos elementos *a priori* los internos que ingresan al servicio tienen diferentes concepciones de su yo interno, que quizá queden desvanecidas al prestar su internado médico y, tal vez la intención del hospital será crear una nueva identidad o forma de hacer el trabajo que limite la posibilidad de desarrollar esa clínica foucoltiana.

1. 7.Objetivos

De manera general, realizaré un análisis sobre la formación del trabajo médico, así como de la calificación del sistema hospitalario.

a) De un punto más específico, saber si existe cierta colonización en el trabajo médico por parte del Modelo Médico Hegemónico en los internos de pregrado o si existen, y en su caso, perviven elementos fosilizados del trabajo clásico semiótico médico;

b) En caso de que exista qué tipo de mecanismos, saber de qué manera se interiorizar en el interno médico en este primer momento de calificación para el trabajo hospitalario;

c) Saber si existe un grado de resistencia o consentimiento en la interiorización de reglas impuestas por la cúpula médica, y en su caso, qué motiva esto.

1.8. Formulación del objeto de investigación relacional

El objeto de investigación en general será: La *colonización* que acompaña al *proceso trabajo médico hospitalario* en la lógica productiva del *Modelo Médico Hegemónico* como un modelo productivo y limitante del desarrollo de la *clínica médica Foucoltiana* en el Hospital General de México, el cual implica diferentes conceptos emanados de teorías sociológicas y antropológicas que tienen la función de estructurar categorías a efecto de otorgar un mayor peso comprensivo al presente estudio, sin embargo, también contiene grandes agendas para la sociología del trabajo, y en especial de los Nuevos Estudios Laborales. Por ejemplo, el concepto de Modelo productivo que será estructurado por el Modelo Médico Hegemónico o aspectos del proceso de trabajo como la organización del trabajo, la estandarización y subsunción del mismo por el capital representado en un modelo con pretensiones universales, entre otros elementos. Así pues, el estudio presenta diferentes posibilidades de análisis que, como ya se ha mencionado, tienen la discusión más general entre las teorías del estructuralismo y el rescate de los sujetos en éstas.

1.9. Especificación del sujeto y motivación de su estudio

El interno de pregrado es aquel sujeto que se encuentra en el quinto año de la licenciatura en medicina, y por tanto, tiene que cursar el internado, entendido como el período de un año que tiene que estar prestando actividades de manera individual en una institución hospitalaria con el fundamento de la formación del “personal eficiente para el cuidado de la salud”; En otros términos, ésta será la primera ocasión entre el aspirante a médico y la institución, donde éste tiene la obligación, por así decirlo, de adaptarse a las reglas de la institución en cuanto al

trabajo que va a realizar, en virtud de que existen reglamentos formales como el programa de internado médico, la legislación nacional sobre salud o ética médica, reglamentos hospitalarios, normas oficiales mexicanas, entre otros ordenamientos y reglas tanto externas como internas²⁴ que regulan la conducta y actuación de un interno.

Dicho sujeto resulta sugerente para esta investigación, en especial por el breve tiempo con que se cuenta, en virtud del origen del interno médico, quien teóricamente ya adquirió los conocimientos académicos para prestar servicio a pacientes, pero que legalmente no son reconocidos como tales por no tener la práctica hospitalaria suficiente. Bueno, esto desde la perspectiva común, pero esencialmente existen otras hipótesis que se intentan describir y explicar en este estudio, por ejemplo, una de ellas es que la profesión médica actual y la sociedad han generado un entramado de filtros para obtener fuerza de trabajo gratuita en los nosocomios. También existe la posibilidad desde la perspectiva profesional que el médico actual se encubre en las instituciones para limitar la práctica y el conocimiento clínico de aquellos que desean ser galenos, a efecto de tener un mayor control en la profesión.

En fin, el sujeto interno de pregrado, por su situación precaria en el trabajo, resulta uno de los sujetos que más evidencia el contexto de inseguridad laboral en el sector salud y que, sin embargo, continúa su labor sin aparente conflicto actual; además de representar, como ya lo he mencionado, el eslabón más bajo de la cadena médica propiamente, debajo del pasante de servicio social, residentes y médico de base.

De tal suerte que, resultaría interesante la investigación en este sujeto, quien ha sido encubierto hacia el exterior por la institución hospitalaria, aunque en el interior es la base de la fuerza de trabajo médico, porque quien atiende alguna emergencia de primer momento en México no es el especialista, sino el interno, en compañía del residente, posteriormente, llegará el médico de base. Sin embargo, pocas personas conocen esta práctica cotidiana en los hospitales mexicanos, y

²⁴ Como ejemplo están los llamados *códigos rojos*, los cuales son reglas que aprende el interno al estar en la práctica médica solamente como evitar el mayor tiempo posible el contacto con los familiares del paciente.

ven al sector hospitalario como algo homogéneo, blanco y que habla de forma extraña, pero que saben lo que hacen desde la perspectiva del enfermo y sus familiares.

1.10. Justificación y Relevancia de la investigación

Los estudios sobre médicos han sido parte esencial de la sociología de las profesiones desde Eliot (1975) y Cleaves (1985), en el primero se puede observar de manera interesante el surgimiento de la profesión médica, desde la división clásica: médico –fármaco y el cirujano; el primero de origen religioso, asociado con concepciones *divinas* y alejado de la sangre; el segundo un barbero con vestimenta ruda, quien más que discursos tiene una medicina práctica, llena de dolor y fluidos.

Por otra parte, en el segundo autor en comento se puede apreciar cómo la enseñanza médica surgió a partir del modelo francés en México, cuyo fundamento intelectual es el *Instituto Louis Pasteur*; empero, dicha práctica cambió a partir de la segunda guerra mundial, toda vez que los médicos mexicanos de aquella época partieron a los Estados Unidos de América, pues, este país carecía de personal de la salud a causa del conflicto armado. Entonces, la percepción médica se transformó radicalmente hacia el estudio de las enfermedades en particular, y obviamente al interés económico.

En efecto, los estudios sobre la formación de la profesión médica se ubican en la institucionalización de las prácticas médicas; es decir, desde la creación de sus organizaciones gremiales, las cuales se derivarán en academias que además de interiorizar y guardar sus propias reglas y conocimiento tienen las siguientes características: a) grado de profundidad de la teoría y la técnica; b) grado de monopolio; c) grado de reconocimiento externo; y d) grado de organización (Machado, María Helena, p. 29; 1991). Otros por ejemplo, llegan a evidenciar no sólo el control interno de la organización sino incluso externo, definen al gremio como una sociedad integrada por elementos capacitados para ejercer algún arte al amparo del Estado, de tal manera que su práctica está supervisada, a diferencia de otras profesiones, por el gobierno y la ciudadanía (*Cfr.* Fernández Pérez, Jorge

A.; 2001) . Sin embargo, en los estudios de las profesiones sólo se observan de cierta forma los procesos organizativos, sin tomar en cuenta al sujeto, incluso, siguen con el paradigma medieval que en algunas profesiones ya no es tan vigente, su inevitable incorporación al Estado los limita.

También hay estudios interesantes que documentan los conflictos de carácter político-laboral, como es el caso del movimiento médico en México, realizado por Ricardo Pozas Horcasitas (1993), quien hace un buen análisis histórico sobre el conflicto médico de 1964-1965, cuando dicho movimiento buscó por parte de los sectores marginados de la estructura médica, internos y residentes, reivindicaciones de carácter laboral como es el pago de aguinaldo, por ejemplo. Empero, a pesar de su buen ensayo histórico no da las respuestas suficientes al sistema hospitalario, porque tan sólo nos muestra las consecuencias del modelo, en especial de encubrimiento de las relaciones laborales, así como las malas condiciones a una serie de trabajadores segmentados e incluso, se podría decir que marginados.

Por otra parte, en México también han surgido algunas discusiones interesantes bajo el debate tanto histórico como de la sociología de las profesiones, como es el caso de la obra *Estructura y formación profesional* de Jorge A. Fernández Pérez (2002), quien elabora una discusión entre dos sistemas de formación médica: el alópata y el homeópata, en donde el primero es el hegemónico y se ve representado por los ingresos monetarios o por el estatus profesional. No obstante ello, su estudio se centra en el desarrollo de la profesión más allá de su desempeño laboral en los sitios hospitalarios, que es a mi parecer el punto de partida que sostiene el modelo médico hegemónico, que como ya se ha mencionado, aporta Menéndez, pero que sólo nos sirve como una categoría para realizar un acercamiento a la realidad.

Asimismo, existen una serie de libros sobre enseñanza médica o sobre la práctica médica que delinean cuestiones de elementos generales, bajo discursos creados hacia el público lego sobre la práctica médica en ciertos espacios, asemejando que éstos fueran panaceas generalizadas (Véase De la fuente, Juan Ramón y Rodolfo Rodríguez Carranza; 1996).

De igual forma, existen trabajos sobre espacios hospitalarios, en especial una vertiente histórica que sustenta este tipo de estudios. Empero, la mayoría dejan a un lado al sujeto y sólo de manera contextual en algunos trabajos aparece éste dentro de las instituciones, en donde generalmente se narra las condiciones especiales en que prestó su trabajo.

En suma, en la actualidad hay pocos estudios sobre la relación del médico y la institución hospitalaria, que desde luego tiene que ver con una discusión más amplia entre las estructuras y los sujetos, donde éstos últimos adquieren ciertas normas de un sistema hegemónico que tiene la pretensión de ser universal, por lo menos la forma de hacer medicina. En ese sentido, podría afirmar incluso que no existe estudio alguno desde el ángulo laboral y la formación del trabajo médico dentro del primer contacto entre el trabajador (interno de pregrado) y la institución (hospital) , la cual tiene características de *panóptico*, en especial por el alto grado de violencia simbólica y física al que es sometido el interno, por ello, considero pertinente y con trascendencia el estudio que se pretende, entender al hospital con la lógica del capitalismo en la mayoría de estudios no se ha considerado, y menos como si fuera una especie de modelo productivo.

Por último, como relevancia teórico metodológica se encuentra este enfoque, toda vez que si bien existen algunos estudios al respecto, ninguno aborda la problemática del mundo del trabajo médico de esta manera, tan es así que la propuesta que se pretende tomará en consideración conceptos emanados tanto de la antropología, la economía, la sociología y la política; todos parte de la teoría crítica, los cuales aparentemente parecen no tener relevancia alguna, pero que tienen un grado alto de complejidad y que quizá nos puedan dar un acercamiento o estructurar el pensamiento de tal forma que pueda ser entendible a partir de la lógica común, en especial la relación entre el sistema jerárquico objetivado y las subjetividades que ahí ocurren al intentar internalizarse en el sujeto.

CAPÍTULO II: Análisis empírico en torno al sitio Hospitalario en el internado Médico del Hospital General de México

El Hospital General de México es uno de los principales centros de enseñanza clínica del País, como se deduce de su origen histórico, la planeación del mismo descrita en sus documentos fundacionales es la construcción de un “hospital universitario”. Desde luego, considero necesario desde este momento aclarar que dicho término no necesariamente implica un significado únicamente estudiantil²⁵ sino el desarrollo de la práctica clínica, cuyo objetivo es la realización del acto médico²⁶, restringe el conocimiento técnico del profano, no sólo mediante la legitimidad individual ejercida durante la relación médico paciente, sino además bajo el auspicio estatal que permite bajo el status de excepción la estancia del médico interno de pregrado como parte de la institución hospitalaria; es decir, se actualizan, aún sin ser manifestado abiertamente, la mayoría de hipótesis establecidas dentro de las características para las profesiones, señaladas por la sociología (de las profesiones) especialista en la materia.

Luego entonces, el papel del interno de pregrado dentro de tal institución se regula tanto por reglamentos especiales como generales impuestos por la misma, como también por prácticas efectivas en el marco laboral del hospital, toda vez que de la observación directa, como más adelante se profundizará en el sitio hospitalario, más allá de las formalidades impuestas por el sistema jurídico ideal, existe una realidad imperante de servicio en donde se otorga éste mediante quien esté presente y formalicé una relación directa con el paciente (cabe aquí destacar el papel de la interacción simbólica). Aspectos que sin lugar a dudas cubren en

²⁵ Al respecto cabe señalar una aportación interesante formulada por Jorge A. Fernández Pérez, quien no sólo hace una interesante referencia sobre el origen del término *universitas* cuyo origen son los colegios profesionales, instituciones eminentemente laborales, sino además, hacer especial mención de la formación del profesional médico en México, pues, lo define como un híbrido dentro de un marco educativo, pero con prescripciones institucionales que certifican la habilidad necesaria para la obtención de títulos académicos (Cfr., *Op. Cit.*, p. 29).

²⁶ El acto médico es un acto solitario. Exige, no sólo de la exclusividad del saber y poder, sino también la eliminación de la opinión de los legos y el creciente y acentuado proceso de especialización en su formación (Machado, María Elena; *Op. Cit.*, p. 33.).

muchas ocasiones los médicos internos de pregrado, y que quizás sea determinante para conseguir el estado óptimo de salud²⁷ del paciente.

No obstante lo anterior, es ya conocido por algunos sujetos del ámbito profesional médico que el interno representa en gran medida parte esencial en el trabajo hospitalario, a raíz de la transformación de la medicina en los “estados democráticos”, los modelos y restricciones administrativas han sido parte esencial del desarrollo hospitalario, entonces, dichas restricciones hicieron más pesado el trabajo médico, tal como lo menciona el doctor González Martínez, quien es jefe de Enseñanza del Hospital General de México, respecto del “consentimiento informado”²⁸ al decir:

...alentó a los enfermos acerca de sus derechos y dio cabida a numerosas demandas, lo que llevó rápidamente a que los médicos acudieran cada vez con mayor frecuencia a la llamada “medicina preventiva”, misma que lleva a practicar procedimientos y exámenes que el paciente no requiere, pero que al momento de una demanda pueden servir para demostrar que el médico actuó de manera diligente e hizo todo lo que debía hacer; la medicina defensiva, es por mucho, una de las causas más importantes de que la medicina moderna sea de altos costos (p.109; 2009).

De tal manera que, el trabajo médico hospitalario se extendió ya no solamente a realizar diagnósticos y conseguir el equilibrio de la salud con el paciente, sino en gran medida hacia el ámbito administrativo, sin embargo, dichas actividades que son parte actualmente de las funciones del médico pasaron a ser una especie de trabajo “secundario” o “marginal”, por ende, corresponde a los sujetos de la escala médica baja realizar tales labores, como es el caso de los médicos internos de

²⁷ Respecto de este término existen diferentes criterios que engloban por una parte el estado óptimo del paciente desde la perspectiva biológica hasta el estado social y psicológico (Cfr. Martí Tusquets, José Luis; 1999); empero que engloban una realidad más fuerte como es el *acompañamiento del paciente hacia la muerte*.

²⁸ Se entre comilla porque dicho consentimiento aparece como una falacia, lo cual demostraremos más adelante.

pregrado, quienes son los responsables en la mayoría de ocasiones de llenar toda clase de formularios y “consentimientos informados”²⁹.

En ese sentido, y atendiendo a la naturaleza del presente estudio que tiene por objeto fundamental la comprensión del problema de estudio mediante la investigación de campo correspondiente, parece necesario hacer una recopilación de los instrumentos utilizados en el internado; desde luego, se entenderá que son reglas externalizadas, que no son únicas sino están conformadas por la realidad y que de manera dialéctica combinaremos mediante información obtenida a través de observación directa y relatos de los médicos internos.

Así pues, dentro del presente apartado se pretende realizar en primer momento una recopilación histórica con cierto rigor, aunque no de forma exhaustiva del sitio Hospital General, en especial porque de ahí pueden surgir ciertos elementos que intervienen en el desarrollo laboral del médico interno, en su origen está implicada la estructura del lugar y la forma de organización del mismo.

Posteriormente se realizará una descripción del sistema jerárquico médico, relacionado en este punto con el tipo de organización que existe actualmente en el sistema del Hospital General de México, a efecto de poder falsear o comprobar los estudios que hablan de una posible superación del *fordismo* por un sistema flexible (Cravioto Alejandro, *et. al.* ; 2010).

2.1. Antecedentes del lugar

El Hospital General de México tiene como antecesor indirecto al antiguo hospital de San Andrés³⁰, quien prestó asistencia desde 1779, y atendió fundamentalmente a los enfermos de viruela, además de instaurarse una cátedra de clínica impartida por el prestigiado doctor Luis José Montaña. Sin embargo, tuvo diferentes quejas en torno a su estructura, dentro del paradigma imperante miasmático, la ventilación no era suficiente; en consecuencia, se implementó como solución el abrir las ventanas de los enfermos que se encontrasen en él, aspecto que generó

²⁹ Aunque cabe aclarar que estos formatos particularmente los llenan los pacientes, sin embargo, como hemos constatado en la práctica, los internos muchas veces recurren al llenado por falta de construcción de los familiares del paciente.

³⁰ Dicho nombre proviene de Don Andrés y Carbajal Tapia, quien si bien no inició el proyecto, fue quien lo continuó.

profunda indignación y algunas muertes por causa de pulmonía en la época (Rodríguez, Martha Eugenia; 2002).

Empero las anteriores aseveraciones, no son más que consecuencias de sistemas hospitalarios decadentes tanto en sus estructuras arquitectónicas como también administrativas, también se encuentran datos de los pésimos procedimientos de asepsia instrumental (*ibídem*), conducta que generó múltiples infecciones a los pacientes del nosocomio en comento.

En suma, la ineficacia de los hospitales de la época y la observación de parte de autoridades sanitarias sobre sistemas europeos se inició con el doctor Eduardo Liceaga³¹, quien presentó el proyecto de un Hospital General de México, con las aportaciones de Lic. Luis Malanco, quien también contribuyó de forma peculiar con sus aportaciones sobre nosocomios extranjeros, asimismo, dentro de su discurso pronunciado el 20 de marzo de 1882, consideró que el HGM no debía atender por reglamento a enfermos incurables, dementes, niños y venéreos.

Cabe señalar que, la idea del Hospital General estuvo impregnada de crear un sitio con una estructura diferente a los demás hospitales existentes en los albores del siglo XX, como se ha mencionada a raíz de la teoría miasmática, se buscó un lugar arquitectónicamente abierto, en donde los enfermos se clasificaran por su sexo, edad y tipo de enfermedad. A fin de ilustrar de manera más precisa tal idea transcribo una interesante descripción del proyecto elaborada por el doctor Viesca Treviño:

Este proyecto consideraría las características ideales que debería reunir un hospital moderno y modelo para ese entonces, señalando que su construcción seguiría un esquema de pabellones independientes, incombustibles, contruidos de ladrillo y fierro, ideados para tener una ventilación adecuada y dar facilidades para el aseo y desinfección, ajustándose en términos generales, a los requisitos del sistema

³¹ El personaje de Eduardo Liceaga tiene un gran valor histórico en el desarrollo médico-institucional de México, además de haber sido examinado en su examen profesional el 8 de enero de 1866 por los doctores Miguel Jiménez y Rafael Lucio, Luis Hidalgo, Francisco Ortega y Leopoldo Río de la Loza, también compartió diferentes proyectos con los doctores Carmona, Lavista, Domínguez y Chávez, como la formación de la “Sociedad Familiar de Medicina”, entre otras instituciones además de haber presidido el Consejo Superior de Salubridad y haber sido director de la Facultad de Medicina en 1903 hasta 1911. (Cfr: Fernández del Castillo, Francisco, p. 34-36; 1946)

preconizado en Francia por el ingeniero Follet y aplicado en la construcción del Hospital Saint Eloi de Montpellier (p.52; 2010).

Es decir, se siguió una serie de modelos hospitalarios de origen francés, ya que existió en el momento gran influencia de la medicina europea en México, aunque, me parece sumamente interesante este punto en particular porque quizá pueda empatarse con las ideas vertidas por Michel Foucault sobre el panóptico, el cual como se sabe, proviene de Jeremy Bentham, pero dentro de una publicación interesante denominada *el ojo del poder*, contenida en una reimpresión del *panóptico* (1979), donde Michel en una serie de entrevistas inscritas en tal publicación y al ser cuestionado sobre las motivaciones del estudio sobre la propuesta del jurista inglés, confiesa encontrarse con dichas teorías a raíz de su estudio sobre la clínica, le asombró el origen y composición estructural de los hospitales, porque tienen al paciente bajo vigilancia por parte del médico, pero a la vez alejado de éste para evitar lo mayor posible contagios.

De igual manera, en su obra *vigilar y castigar* (2002b) describe la institucionalización del médico en el sistema de control hospitalario, toda vez que éste no participó normalmente en la creación y control de los nosocomios, sino generalmente era administrado por personal eclesiástico o civil de la otrora llamada beneficencia pública. Fue a partir del siglo XVII y principios del XVIII que se fue perpetuando la figura de la visita médica obligada, incluso se incluyó en algunos reglamentos hospitalarios la obligación del médico a brindar una visita diaria de dos horas (Cfr. *Ibidem*; p. 190).

En efecto, el paciente se convierte en “el objeto” de perpetuo examen del médico; es más, a partir de la categoría de “enfermo” el médico toma un papel principal y hace suyo el sitio hospitalario, quizá siendo este el primer paso para la sustitución y transformación del sitio de asistencia forjada por la beneficencia pública por un *panóptico* de control *laboral* en la formación del galeno.

De hecho, el autor en comento menciona de manera clara al decir: “El hospital bien “disciplinado” constituirá el lugar adecuado de la “disciplina” médica; ésta podrá entonces perder su carácter textual, y tomar sus referencias menos en la

tradición de los autores decisivos que en un dominio de objetos perpetuamente ofrecidos al examen.”(*Loc. Cit.*). Por ende, el hospital se transforma en un espacio de control de alguna manera influido por la disciplina médica, aunque, es necesario señalar que la anterior cita se encuentra pensando en los albores del siglo XVIII, donde se debatía el aspecto de la medicina entre los libros y la práctica.

Más adelante, dentro del mismo texto sobre las prisiones, Foucault habla del hospital como una especie de escuela al decir: “la escuela pasa a ser una especie de aparato de examen ininterrumpido que acompaña en toda su longitud la operación de enseñanza (*ibídem*).” En otras palabras, a partir de ese momento se definió el carácter particular de la medicina y su lugar de práctica, que más allá de la preparación teórica aprendida en las aulas dentro de los primeros años de la licenciatura, pasa a enfrentar el *horizonte* de la realidad hospitalaria en donde ya no se entiende como un estudiante, sino como un médico que forma una relación directa con el paciente y es evaluado no sólo por sus superiores jerárquicos, sino además por sus compañero y el paciente mismo.

Por otra parte y para continuar la secuencia de este breve recorrido histórico, es hasta 1905 cuando se inauguró del HGM, entonces se contaban con 32 pabellones separados por pasillos largos y haciendo de hecho una división general de los servicios en pacientes infecciosos y no infecciosos, posteriormente se subdividen para ese entonces del primero mujeres, hombres, niños y maternidad; el segundo en infecciosos, observación para enfermos sospechosos, tuberculosis, tifoidea, infecciosos diversos(*Cfr. Fernández del Castillo, Francisco, Op. Cit.*; p. 40-41); además de tener 800 camas para enfermos y una superficie de 124, 182 metros cuadrados y casi 300 trabajadores entre médicos y personal administrativo (*Cfr. Navarro Reynoso, Francisco Pascual; 2009*).

De lo anterior se puede observar que las restricciones inicialmente planteadas por los administrativos fueron desechadas al admitir a niños, enfermos del mal gálico (sífilis), del mal San Lázaro (lepra) y enfermos mentales cuya ubicación en ese momento fue a las orillas de la ciudad de México, se pensó que además de la buena ubicación por las formas en que se podía llegar así como el alejamiento que

se daba a los enfermos de los demás ciudadanos, posteriormente, se tendría una universidad como anexo.

Asimismo, se publica en el mismo año de inauguración su primer reglamento interno, el cual establece las bases para la admisión del paciente, así como el servicio del hospital y de los médicos que lo brindan, en donde llama mi atención el artículo 26 que a la letra dispone:

Artículo 26.- Los médicos internos tendrán la obligación de hacer guardias que les ordene el Director, vivarán en el hospital y sólo podrán presentarse en los términos que disponga el respectivo reglamento.

De tal manera que, el mismo ordenamiento impone el servicio de guardias a los médicos e incluso previene que tendrán que vivir en el nosocomio, aspectos que me producen la sensación inevitable de un lugar cerrado, *panóptico*, *institución total*, en donde el médico está en constante evaluación por parte de sus superiores al modo Taylorista, que más adelante se presentarán como instrumentos administrativos que imponen una forma de ser y comportarse.

Por consiguiente, tal como se ha ido desarrollando en el presente apartado resulta ilustrador el intento de *panóptico* desde el punto de vista objetivo que se fue planeando alrededor del hospital, que como se ha prevenido fue un proyecto de un histórico y eminente médico: el doctor Eduardo Liceaga. Empero, fue un espacio de formación de los recursos médicos, pueden observarse sus medidas de control desde el proyecto inicial visto mediante plano, el cual se agrega como anexo al presente trabajo, porque se aprecia a simple vista la similitud de los pabellones en forma de herradura cuyo acceso principal siempre se encuentra al centro, que está conectado a los pasillos largos que conectan los servicios y se encuentran al “aire libre”.

Desde luego, posteriormente el HGM sufriría varios cambios, estructurales como administrativos a causa del desarrollo histórico, político, social y económico de nuestro país, pero, su origen y esencia se mantiene vivo hasta el momento, como una de las instituciones de salud con más vocación por la enseñanza clínica,

así como en la atención de los pacientes que acuden al mismo cuyo origen económico es humilde y en más de una ocasión provenientes del interior de la República mexicana, elemento que no considero menor, pues, la nación vive actualmente una crisis social y económica, por ende los pacientes no dejan de subir, tan sólo en la actualidad "...se otorgaron 757,599 consultas de especialidad por año, de las cuales 259,546 son consultas de primera vez, 428,930 son subsecuentes y 69,123 consultas de urgencia; además se ofrecieron 72,273 sesiones de rehabilitación y 31 496 eventos quirúrgicos anuales (*ibídem*; p. 20)," el 49% de los pacientes proceden del D.F., el 40% del Estado de México y el 11% del resto de los Estados; de estos últimos acuden en mayor número de los estado de Hidalgo, Guerrero, Puebla y Veracruz (*Loc. Cit.*).

Por último y una vez realizadas las anteriores aclaraciones teórico históricas que no hacen más que abrir un marco menor de análisis en un nivel medio, para poder captar en la investigación de campo dentro del HGM los elementos que se plasmarán en los análisis estructurales actuales y que dan sentido al presente estudio, y que sin duda tienen una relación directa con las condiciones y sentido que dan los internos de pregrado al trabajo en un lugar tan particular.

2.2. Descripción actual del lugar actual y su vigencia simbólica en el trabajo médico

Al llegar al HGM el ambiente se vuelve particular, no sólo es un centro hospitalario que tiene su propia estación de metro, aspecto por demás simbólico, ya que distingue de manera especial un lugar establecido en la colonia doctores³², la cual, dicho sea de paso, se contrapone a uno de los centros médicos más actualizados de Latinoamérica: el Siglo XXI del IMSS, que también cuenta con tal atribución.

Sin embargo, a diferencia del Centro Médico Siglo XXI, el HGM cuenta entre sus alrededores con una serie de ambulantes que representan no sólo un aspecto tradicional de la cultura mexicana y antigüedad del nosocomio, sino

³² El sitio se encuentra ubicado exactamente entre doctor Márquez, doctor Balmis y doctor Pasteur en la citada colonia doctores, delegación Cuauhtemoc, Distrito Federal.

particularmente un mercado laboral emanado de las necesidades de los familiares de los pacientes que se encuentran internados en el hospital y que se encuentran en largas filas para poder acceder o alrededor con una serie de elementos que adquieren un sentido particular dentro de la incertidumbre que los embarga. Lo anterior otorga desde su llegada un elemento simbólico interesante, pues, la puerta de acceso de dicho establecimiento tiene aspectos y características de seguridad particulares; así como la oficina de informes resguardada por un cubículo que evita el tradicional contacto cara a cara, o el instaurado corredor para usuarios que conecta a los torniquetes principales, en donde elementos de seguridad supervisan y cuestionan los motivos del sujeto que pretende acceder al inmueble y que no dejan ver más allá del edificio de consulta externa, en donde el paciente en tratamiento accederá y al cruzar justamente este espacio se abre el mundo hospitalario con pasillos largos que conectan los diferentes pabellones, elementos que sin ser óbice representan aspectos simbólicos para la línea de investigación panóptica.

En cambio, al lado de la puerta principal de acceso existe la de personal, la cual sólo tiene da acceso al personal médico y está resguardada no tan ferozmente, pero sólo se le otorga entrada a personal autorizado, de hecho se encuentra en una esquina pegada a una de las entradas al metro, como una especie de escapatoria sigilosa y segura hacia el mundo no hospitalario, pues, dicha entrada al transporte público generalmente no es utilizada por los usuarios ajenos al servicio del hospital, ya que el curso normal de éstos es por la salida principal hacia la avenida doctor Pasteur.

Por otra parte, están dos entradas más: la de urgencias y la del servicio administrativo con acceso directo al “edificio de gobierno”. De la primera puedo mencionar que su aspecto es simple, con una reja custodiada que tiene como esencia la entrada de ambulancias y que se conecta al pabellón de urgencias, donde los usuarios son registrados por otro filtro de seguridad que cuestiona su procedencia y padecimientos simples hacia una sala amplia con asientos a las paredes para que sean atendidos, en primera instancia por los médicos internos

en donde éstos toman el papel de tercer filtro y quizá último para una real atención médica brindada por el galeno de base.

En cambio, la puerta administrativa tiene una cabina de vigilancia que registra toda clase de “visitas” para otorgar acceso, además de una puerta giratoria que permite la entrada a personal administrativo del sitio de manera automática; al entrar se encuentran un imponente establecimiento de carácter antiguo que resaltado por el azulejo estilo al que se encuentra en el Sanborns del centro histórico que lo caracteriza, resguarda los departamentos directivos del hospital cuyas bases se encuentran en tres grandes secciones apenas por debajo del director general³³.

Ahora bien, una vez burlados los obstáculos policiales, el paciente tiene acceso por la puerta principal normalmente al edificio de consulta externa, cuyo edificio tiene la figura general de *panóptico*, toda vez que aunque el paciente solamente entre y pueda ver barandillas de personal administrativo que tramite su entrada y consulta, por el otro lado del edificio puede observar de manera clara el trabajo médico en su esplendor, los cristales son transparentes y se pueden apreciar los consultorios médicos de consulta externa, por ende, el sistema productivo médico puede ser supervisado todo el tiempo de consulta mediante un agente de seguridad que puede observar el acto médico en proceso; al principio, para ser sincero, no entendía la razón de poner un vigilante en aquél sitio, ya que normalmente los elementos de seguridad se encontraban en las puertas de los pabellones registrando quien entra y sale de éstos, bueno, solamente me encontraba con el guardia que se ubica en la entrada principal al corredor interno del hospital a un lado del edificio de consulta externa que pide los papeles en mano para saber a qué pabellón se dirigen los usuarios, dicha entrada es en forma de rampa y se conecta también con el servicio de urgencias.

Sin embargo, entre estos dos extremos, digamos, la entrada al circuito interno del hospital y la terraza exterior, se encuentra la dirección de seguridad, donde se

³³ Dirección General Adjunta Médica; Dirección General de Adjunta de Administración y Finanzas; y Órgano de Control Interno; además de manera independiente se encuentra la Unidad Jurídica y la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos, según el organigrama del Manual de Organización Específico vigente hasta el momento.

pueden observar los elementos de “guardia especial”, distinguiéndose por tener el privilegio de vestir como civiles, porque normalmente el personal hospitalario tiene uniforme, incluso los elementos de seguridad a excepción de los antes descritos que sólo se reconocen por el uso de sus radios con antena larga y que saltan a la vista fácilmente.

2.3. El circuito interno del Hospital General de México

El atlas del lugar es confuso, normalmente, cualquiera que no sea un asiduo visitante puede extraviarse con relativa facilidad e incluso caminar en círculos sin darse cuenta, aunque, depende de la hora en que se visite, porque en la mañana en un lapso comprendido entre las siete y a las tres de la tarde, puede preguntarse a cualquier integrante del personal el sitio que se busca. Me parece que uno de los elementos que más contribuyen al extravío es la similitud de ciertos pabellones, bueno, en particular sobre su estructura porque quizá apenas y se logra apreciar dentro del mapa del lugar, pero al pasar literalmente por los pabellones las distinciones entre éstos son contadas, más si el visitante no tiene un buen sentido de los detalles.(Se anexa el mapa actual del HGM).

Los pasillos son largos e incluso parecieran interminables, un poco oscuros desde que iniciaron las modificaciones y construcciones en el HGM, además que parece un lugar tranquilo pero al parecer inseguro según algunos internos, quienes mencionan que:

...no me gusta porque debería ser un lugar seguro, y por ejemplo aquí nada es seguro

-Por qué

Porque se roban todas tus cosas... o sea, todo lo tienes que tener contigo todo el tiempo, no puedes dejar ni un segundo tu celular porque regresas y ya no está, y luego en la noche también hay muchas leyendas urbanas de que, pues como son pabellones muy grandes, que vas por una muestra o cualquier cosa y ya no regresas o te asaltan o cosas así... (Entrevista 5, MIP de Anáhuac).

Relato que si bien guarda una cierta percepción imaginaria, porque como se desprende del anterior fragmento cuando menciona sobre las “leyendas urbanas”, establecidas éstas como creencias o dichos de las personas que normalmente no están verificados, no menos cierta es su veracidad, ya que como pude comprobar con otros relatos, sí existen una serie de robos, en especial de celulares y computadoras, tal como lo demuestra otro relato de una Médico Interno de Pregrado (MIP) quien afirma:

-Sientes privacidad en esta institución

No, todo es público aquí todo el mundo toma lo de todos

-Pero tú

Pues no... por ejemplo hace poco me acaban de robar una computadora no... aja pues si hay que tener mucho cuidado en ese sentido.

-A ver pláticame de eso, dónde la dejaste

Pues se supone que la deje seguro donde estaban las cosas de todos los médicos, así más al fondo de allá la oficina cuando estábamos pasando visita, ya cuando me iba a mi casa mi computadora ya no estaba, me abrieron la bolsa y la sacaron de ahí.

-Y sospechas de algún paciente

Pues no... sospecho más de los de intendencia (reímos) (Entrevista 1, MIP FES Iztacala, UNAM)

Afirmación que curiosamente comprobé al poder platicar de manera informal con los residentes de primer año (RI), adscritos a medicina interna, quienes me confirmaron la historia del robo de la computadora; desde luego, al principio no hilé la relación, la entrevista realizada a la alumna antes citada fue dos semanas atrás, empero, relacionando el tiempo y lugar en que prestó servicios coincidían, aunque los residentes en un lugar cómodo como la sala de médicos de la cual hablaré más adelante, relataron que hubo pérdidas de celulares y una computadora.

Además de sostener pláticas de manera informal con diferentes médicos internos de pregrado, quienes corroboraron la existencia de las supuestas

leyendas urbanas o temor en los pasillos por su falta de alumbrado, aunque, a mi me parecieron con cierta vigilancia, porque en algunos de éstos existen cámaras conectadas al sistema de seguridad principal.

Empero, lo cierto es que de noche los pasillos realmente son oscuros y largos, además de solitarios. Es más, los únicos sujetos que encuentras en éstos durante la noche son médicos internos de pregrado (MIP), quienes se reconocen no sólo por su vestimenta totalmente blanca, sino también porque generalmente se verán acompañando a algún paciente para “presentarlo” y tendrán una algún maletín o bolsa para poder guardar sus instrumentos, los cuales, dicho sea de paso, no pueden perder de vista por ningún motivo, tal vez en ocasiones también carguen con alguna tabla para poder llenar la “papelería” para exámenes médicos.³⁴

Ahora bien, para algunos médicos los largos pasillos largos no representan un gran peligro, pueden llegar a ser espacios de distracción del propio médico, tal como afirma el siguiente interno al ser cuestionado sobre su lugar favorito en el hospital:

Pues... pues no tengo un lugar favorito del hospital o sea mi lugar favorito es cuando tienes cinco minutos y te vas a caminar no sé a dónde, hacia los pasillos a vagar, ese es el lugar favorito, los pasillos, los cinco minutos de descanso donde te agarren ese es el lugar favorito... (Entrevista 6; MIP de la Salle).

Es decir, el aspirante a galeno proveniente de escuela privada y de abolengo médico, sostiene cómo se puede interpretar que la estructura del sitio hospitalario es utilizada por éste, para poder obtener momentos de descanso, en razón del trabajo que realiza cuya intensidad es aparentemente alta, pero dichas actividades tienen relación constante con recorrer el hospital, por ejemplo, trasladar a un paciente de pabellón en pabellón cuando requiere algún estudio en otra unidad médica del mismo hospital; aunque, cabe aclarar que las actividades del interno

³⁴ Cabe señalar que en este párrafo particularmente únicamente se describen algunos aspectos del médico interno de pregrado, sin embargo, es necesario aclarar que se irán desarrollando más adelante en el capítulo respectivo sobre sus actividades.

de pregrado no se restringen a “paseos con pacientes”, pero sí ocupa tal vez la gran sin la parte de su trabajo impuesto de facto³⁵.

Asimismo, otra MIP proveniente del Edo de México refiere que algunos momentos de descanso o distracción se dan dentro de sus funciones comunes al poder caminar sobre los pasillos y tomar momentos de relajamiento, que al respecto señala:

Mira, es que ya por ejemplo salir de tu piso dos minutos es un descanso... salirte de la oficina de los residentes y que no te estén... ya es un descanso, es un respiro he así bueno... o hasta que te manden a banco si es salir y caminar hasta... hasta banco no hasta la entrada y todo eso... pero en lo que caminas es el respiro que tienes en lo que vas... bueno sí ando en friega llevando y trayendo, pero por lo menos puede respirar en este ratito...(Entrevista 6, MIP UAEM).

El anterior argumento, como se observa, está lleno de puntos suspensivos, en virtud de que marca el cansancio mental que tenía la interna del Estado de México adscrita al servicio de ginecología y obstetricia, además está plagado de disgregaciones intencionales, porque cada una de esas pausas suponía un significado entendido en el contexto de la entrevista, donde existió un momento de confianza e identidad por parte de la interna hacia un servidor, ya que dicha interna entrevistada mostró en todo momento interés en mi investigación, incluso de propia voluntad me pidió ser entrevistada con el argumento de querer colaborar para cualquier investigación académica.

No obstante los relatos directos antes descritos, también tuve algunas interacciones de donde extraje narraciones indirectas de los residentes médicos de primer año (RI), éstos me comentaron sobre un interno de pregrado al cual se le asignaba una serie de funciones, pero éste nunca las terminaba a tiempo, aunque refieren que no lo reportaron por ser un tipo con actitud y disponibilidad, ya que nunca se negaba a realizar acciones ordenadas por sus superiores aunque no las cumplió en tiempo y forma, aspectos que se valoran de forma subjetiva y se

³⁵ Es de hecho porque en los planes y funciones del interno no se encuentra especificado como tal dicha actividad, aunque en la práctica real es común.

deduce que las cualidades del interno incumplido pero con disposición fueron suficientes para considerarlo como un médico aceptable, incluso con popularidad entre los familiares de los pacientes internados en el Hospital General, según dichos relatos emanados por los RI.

En consecuencia y tomando en consideración los elementos antes descritos, se puede concluir parcialmente que: el diseño arquitectónico del sitio hospitalario en especial la estructura abierta proveniente de la teoría miasmática de principios del siglo XX, influye de manera actual en el desempeño del trabajo de los internos médicos de pregrado en dos sentidos; por un lado, resulta un remedio parcial ante la feroz labor que desempeña el médico interno, pues, si bien no constituye todo un centro de reflexión, los MIPS pueden tomar un respiro y disfrutar quizá del lugar, aún cuando su estructura sea parecida y que para un extraño represente un reto poder distinguir los diferentes pabellones del lugar; y por otro, de parte de la administración hospitalaria podría ser considerada como una limitante del desarrollo eficaz del trabajo médico, tal diseño desperdicia demasiado tiempo que puede ser útil en el servicio médico, como puede ser mayor tiempo de calidad en la atención del paciente.

En síntesis, el análisis ahora realizado tiene la intención de iniciar una reflexión en torno a la estructura física del Hospital General, en virtud de tener un diseño que data de hace más de cien años y a pesar de diversas remodelaciones que ha sufrido dicho nosocomio sigue conservando en esencia la misma constitución, como los largos pasillos que tienen, como ya se ha mencionado, un origen particular y que ahora son parte esencial del trabajo médico a veces como motivación y momento de descanso de los médicos internos, aunque también en ocasiones como limitante del desarrollo práctico de la atención del paciente, como ya se ha comentado; pero que quizá y en un tercer intento de interpretación resulte ese momento simbólico que representa el acompañamiento del médico y el paciente en el camino a lo desconocido, el cual está plagado de silencios y comprensiones de ambas partes de forma solemne.

2.4. La influencia académica en la estructura hospitalaria

Al recorrer durante días el HGM, me percaté de una gran influencia universitaria en el lugar, existen sucursales de dos instituciones educativas públicas que son parte del inmueble hospitalario. Desde luego, sin que estoy hablando de las instalaciones del Instituto Politécnico Nacional y de la Universidad Nacional Autónoma de México, que al encontrarlos, por lo menos en mi persona, causaron un impacto regular.

Así pues, me gustaría detenerme en la primera estructura perteneciente a los politécnicos, que consta de un pequeño edificio de color rojo, al parecer algo abandonado, porque a pesar de la reja que impedía mi paso, pude percatarme de la poca atención que le brindan al inmueble, tan sólo bastó con el aspecto exterior de abandono por falta de asepsia, cuyo nombre es Francisco Higuera Ballesteros, antiguo director del HGM.

Otro edificio interesante de enseñanza es el Departamento de Medicina Experimental perteneciente a la Facultad de Medicina de la UNAM, cuya estructura, a diferencia de las aulas del politécnico se erige impresionante, todo un edificio de dos pisos quizá con una especie de trabes a la entrada donde se colocan en letras doradas el nombre del mismo, la institución a la que pertenece, pero también la silueta del doctor Eduardo Liceaga como referente del HGM.

Aunque en cierto sentido tiene similitud con el inmueble “Francisco Higuera Ballesteros”, y es que en ambos no se imparten clases de manera constante sino uno está encargado de realizar investigaciones y el otro me parece en el abandono o por lo menos es la impresión que me dio mediante mis estancias dentro del HGM.

Ahora bien, el motivo del presente apartado y análisis es comprender algunos rasgos de la naturaleza del interno en sitio hospitalario con relación a sus aspectos y estructuras académicas que mediante el rasgo simbólico se captan, ya que si bien es cierto que es un médico en formación, también es parte de un sistema laboral porque ya no está sometido a los mandatos escolares, sino está directamente comprometido con el trabajo hospitalario, aspecto que será

ampliamente demostrado con el sentido de lejanía de facultades o departamentos en los médicos internos de pregrado que se encuentran en el HGM.

Sin embargo, antes de proceder a la demostración recolectada mediante actos discursivo-argumentativos del médico interno de pregrado, quisiera realizar algunas acotaciones metodológicas que puedan contextualizar u otorgar sentido a las transcripciones del discurso.

Los médicos internos de pregrado saben que están dentro del ámbito hospitalario para acceder a los conocimientos del arte médico, incluso se puede decir que ven como recompensa el poder estar en el servicio, porque están en contacto directo con el paciente, aunque en el fondo la realidad será que cumplirán con un trabajo más allá de cualquier acto académico propiamente.

De tal manera que, cuando se les cuestiona sobre sus actividades académicas, como visitas a sus facultades o departamentos de enseñanza, éstos refieren de manera natural que no han asistido desde el inicio del internado a tales lugares, además de reconocer que sus superiores inmediatos son los médicos residentes, quienes disponen de sus servicios y les asignan en la mayoría de veces trabajos demeritados para el médico, por tanto, la intención de traer a discusión la cercanía o lejanía del mundo de vida que actualmente desarrollan los internos de pregrado, es por un lado para abordar en este primer momento la discusión de trabajo o estudio, y por otro, abrir de alguna manera el análisis posterior de las relaciones entre internos y residentes, estos últimos en su calidad particular de jefes inmediatos del interno.

En otro orden de ideas y atendiendo a la información recolectada mediante los instrumentos anteriormente planteados, tomaré algunos argumentos manifestados por los médicos internos de pregrado para poder situar al lector una idea del sentido que adquiere para mi sujeto de investigación la cercanía de su facultad o escuela dentro del servicio prestado al internado, desde luego, serán citados diferentes médicos internos cuyo origen tanto familiar como escolar es distinto pero tienen en común prestar servicio en el HGM.

El primer argumento que deseo transcribir es la entrevista realizada a una interna de la Anáhuac, pues, sus antecedentes familiares son de clase media alta,

es egresada del Tecnológico del Monterrey en nivel medio superior, y quien al ser entrevistada rotaba por el servicio de medicina interna. Al ser cuestionada sobre la última vez que fue a su escuela y facultad refirió:

-Cuando fue la última vez que fue a su facultad o departamento.

Ah, el año pasado... a finales del año pasado.

-Ya no has regresado.

No... (Entrevista 5, MIP de Anáhuac).

Como se puede apreciar, la interno al responder tuvo que hacer un ejercicio de memoria, al titubear sobre su respuesta se denota que intentó recordar el último día que acudió a su escuela, al decir el año pasado suena irónico porque la entrevista fue realizada a finales de febrero, pero la interno al utilizar el tópico del año pasado hace suponer que fue hace mucho tiempo, lo cual como se puede deducir de lógica común, es falso.

Otro argumento que quiero citar es el extraído de una interno de la universidad de Puebla, quien me llamó la atención por su estado sincero ante el hospital, persona sumamente extrovertida con facilidad de palabra, pero que traigo a colación por su origen de bachillerato, pues, es el mismo que la anterior entrevista, y que al ser cuestionada por sobre hace cuanto había acudido a su facultad me dijo:

-Y cuándo fue la última vez que fuiste a tu universidad.

Hace dos... tres meses.

-Qué piensas de tu universidad.

Ah bueno, antes pensaba que era maravillosa y todo porque pues... es la mejor de Puebla y tiene así la fama y todo, pero ya que estás acá, o sea, eres un poco más objetivo y ves sus carencias y todo lo que no... o sea, sí quiero mucho a mi universidad pero pues tiene muchos defectos. (Entrevista 2, MIP de la BUAP).

Al respecto de la cita anterior se puede observar que se agregó un aspecto más, sobre la opinión que tiene la interna proveniente de la universidad de Puebla

respecto de ésta, quien no sólo manifestó que tenía de dos a tres meses en promedio que no acudía a su *Alma Mater* , sino además opinó sobre las diferencias entre estar en ésta y prestar servicio directamente en el nosocomio, pues, se da cuenta que ya no se encuentra estudiando formalmente sino realizando una especie de práctica médica inicial donde puede adquirir la experiencia o vivencia del servicio entre interacciones con los pacientes y necesidades del mismo, por tanto, realiza un juicio de valor al señalar que los estudios realizados en su universidad son carentes en el servicio práctico, incluso realiza un ejercicio de comparación entre sus compañeros provenientes de otras instituciones, al decir:

Por ejemplo en cuanto a la preparación médica nunca nos hacen estar en un hospital, nunca nos hacen tener así como clínica, contacto con el paciente, entonces llegas acá y dices: es una cosa completamente diferente... y aparte me he dado cuenta que mi hospital es muy barco... digo, mi universidad es muy barco. Yo tengo 9.4 de promedio y tengo compañeros del poli y de la UNAM tienen 8.6 y la verdad saben más que yo... (Ídem).

Al señalar que “saben más” que ella se refiere a la parte clínica, los otros internos quizá por la simple mirada pueden llegar a la conclusión de padecimientos comunes, y para la interna de Puebla dicha clínica puede ser crucial para prestar el servicio médico.

Por otra parte, al platicar con una interna de UNAM, bueno específicamente de la FES Iztacala, aunque aquí quisiera hacer una reflexión, al estar con autoridades del nosocomio me pude percatar que los médicos de UNAM sólo son reconocidos como tales quienes provienen de Ciudad Universitaria, como si los demás provenientes de las FES fueran algo diferente, (.) ante ello los internos de C. U. sí hacen diferencia al ser cuestionados, como si pertenecer a ese campus fuera objeto de mayor orgullo, aún y cuando son las mismas instituciones; en cambio aquellos provenientes de las FES no “ven” ese tipo de distinción interna, ellos se sienten parte de UNAM de manera general tal como realmente es, sin

embargo ahora sólo traeré a relación la respuesta emanada de la interna de pregrado adscrita a medicina interna en el momento de la entrevista, al decir:

-Cuándo fue la última vez que fuiste a tu facultad o escuela.

...la última vez que fue... hace como unos cuatro meses más o menos.

-Vas seguido.

Ya no, ya no, pues desde que empezó el internado, si ya no... (Entrevista 1, MIP UNAM-Iztacala).

Es interesante cómo en esta parte final la interna de Iztacala se pregunta a sí misma si ha ido o no, hasta que se convence de su respuesta, a pesar de que al final la formula a especie de pregunta, quizá porque no es fácil ubicarse dentro del trabajo médico de manera inmediata, porque recordemos que en cualquier profesión liberal la formación real del “profesional” no se da únicamente por medio de estudios sino además es necesario la legitimidad entre los pares y los clientes o sociedad.

Por último, quiero mencionar un fragmento que se me hizo particular para poder cerrar esta serie de citas recolectadas del discurso-argumentos de mis sujetos entrevistados, la cual fue realizada por un interno de La Salle, quien tiene como influencia familiar el ejemplo paterno y que se dio cuenta desde la inscripción sobre la ruptura total que se sufre respecto de la universidad para entrar en un mundo aparentemente conocido, al decir:

-Cuándo fue la última vez que fuiste a tu facultad o departamento.

Facultad... a mi escuela la última vez, hace... en noviembre... en noviembre fue la última vez, cuando salí de vacaciones y ya fue cuando ya te dicen “llégale” y ya el trámite restante lo haces acá directamente... (entrevista7, MIP de la Salle).

Es decir, se concreta en aquellas últimas vacaciones la etapa estudiantil, para a partir de ahí adquirir la responsabilidad directa del servicio hospitalario, pero más allá de eso el peso de la muerte y enfermedad del paciente.

2.5. Reglas formales e informales de la organización del trabajo del Médico Interno de Pregrado dentro del Hospital General de México.

El trabajo médico, como su nombre lo indica, se refiere a toda actividad intelectual o material prestada de manera subordinada por alguna persona física a otra física o moral, por ende, todo tipo de acciones encaminadas a atender los fines del hospital se puede entender como trabajador, siempre y cuando cumplan con los elementos antes descritos, desde luego, podrá haber diferentes tipos de trabajos: remunerados, no remunerados, productivos y no productivos.

En cuanto a los primeros, son remunerados cuando existe el pago de un salario, el cual puede ser en efectivo y en ocasiones, aunque la ley lo prohíbe, en especie (bueno siempre y cuando se pretenda el pago total en esta modalidad, según el artículo 101 de la Ley Federal del Trabajo); en cuanto a la definición de no remunerados me parece un absurdo, toda vez que alguna contraprestación debe llevarse quien otorga algún servicio, quizá la diferencia se deba a que dicha contraprestación pueda ser material o emocional, pero definitivamente existe.

Por otra parte, en cuanto a la segunda característica ya ha sido tratada ésta de manera más profunda en el apartado teórico correspondiente, y me parece el trabajo por excelencia que se brinda en el hospital termina por ser improductivo, en virtud de incluirse en ningún tipo de mercancía susceptible de algún valor de cambio.

Ahora bien, el sistema organizativo de un hospital cuenta con características especiales, los enfermos se generan a cada instante, por ello, la salud digamos coloquialmente no tiene hora.

En ese sentido, el personal hospitalario tiene que trabajar quizá las 24 horas del día, en particular aquél que está en relación directa a la atención del paciente, como es el caso de las enfermeras, camilleros y médicos. Respecto de este último campo, existen jerarquías y horarios para prestar el servicio, aspectos en los cuales quiero enfocarme en el presente apartado, para ello, tomaré algunos elementos del reglamento interior del internado médico, así como ciertos relatos de los internos para poder mirar la parte subjetiva que impera en éstos en relación con el hospital.

Cabe aclarar que, estamos frente a una estructura medieval proveniente de los gremios, en donde los secretos de la profesión eran resguardados de manera celosa por los grandes maestros, que en el ramo hospitalario actual son los médicos de base, quienes normalmente no tratan con el aprendiz, en todo caso tratarán con el residente que teóricamente ya es un médico más cercano a la formación de maestro, y éste a la vez adquiere el papel de superior del aprendiz, entonces, quizá se rompe la cadena tradicional del gremio, existen condiciones externas al mismo que se han incorporado como trabajo del médico a raíz de la instrumentación de normas y dimensiones tecnológicas.

Al respecto parece interesante recordar algunas explicaciones sobre la estructura medieval que implican un resguardo del conocimiento práctico por parte de los maestros artesanos, a efecto de que no pueda ser absorbido por la dirección administrativa de estilo Taylorista, cuya finalidad es obtener el conocimiento del artesano (*Cfr.* Coriat, Benjamin; 1992); es decir, el “saber hacer” se queda en el campo práctico del ejercicio médico, sin embargo, como se podrá observar más adelante, la práctica médica se ha intentado burocratizar desde las cúpulas administrativas para “mejorar” la calidad de atención del médico, como ejemplo pueden verse algunas normas mexicanas o guías prácticas que al parecer sirven para poder estandarizar la sintomatología de algunos padecimientos o ciertos estudios que se tienen que aplicar forzosamente. Claro, que esta dimensión es mucho más compleja y será tratada en un espacio especial, pero considero interesante esbozarlo brevemente para dar mayor sentido al presente análisis.

Así pues, el médico interno de pregrado se convierte en el eslabón más bajo de la cadena alimenticia dentro del trabajo médico, tal como señala su reglamento interior³⁶ en el proemio del mismo, cuando señala:

³⁶ Dicho ordenamiento es la disposición máxima normativa para el internado dentro del Hospital General de México, tal como lo señala el punto nueve de las obligaciones, al decir: “Los reglamentos internos de cada institución educativa son complemento del presente” ; es decir, jerárquicamente y en primer lugar deberán ser tomadas las disposiciones de dicho reglamento para dirimir cualquier duda al respecto del internado, más allá de disposiciones educativas de los centros de origen, relegando así el poder normativo de las instituciones educativas.

La autoridad del hospital General está representada por el Director General de la Institución, Director de Educación y Capacitación en Salud y los Coordinadores de Internado, además de la Autoridades Médicas y Administrativas.

Es decir, imponen como autoridades al interno de pregrado a todas las anteriores categorías, en especial la última parte que deja abierta de manera analógica a cualquier sujeto que se atribuya el término de autoridad, donde embona interesantemente el residente de primer año, quien es un médico en formación pero con título universitario que está especializándose en algún área de la medicina, pero que no necesariamente está obligado a formar al médico, esta es obligación del médico de base, quien es la autoridad máxima dentro de las “clases” así como en la rotación (punto número 5 del capítulo de obligaciones).

Cabe aclarar que los médicos internos de pregrado tienen el derecho-obligación de asistir, además de las clases, a “rotar” dentro de cinco servicios clínicos del hospital, los cuales han sido mencionados en la descripción general del servicio de internado en el Hospital General de México(*Infra* P.54).

Dentro de dichos servicios se establece la “práctica clínica” cuyo objetivo es que el médico en formación adquiera las habilidades y experiencia del arte médico; sin embargo, el costo es alto, al poder estar en contacto con los saberes galénicos y tener la oportunidad de presenciar o incluso realizar interacciones con el paciente se establece “la guardia” definida como práctica complementaria, a saber:

La práctica clínica complementaria (guardias) será asignada por el tutor de cada área específica y deberá realizarse sin falta alguna. Cualquier cambio en asignación de guardias será autorizado exclusivamente por el profesor coordinador. (Punto 5 de “las obligaciones” del reglamento interno para internado de pregrado; 2012).

De lo anterior se deduce, el sentido común de “práctica clínicas” como aquellas actividades en donde el médico interno de pregrado desarrolla su habilidad y destreza en la atención de pacientes reales, claro, bajo la supervisión del médico de guardia y con el conocimiento del marco de prohibiciones que existen en la

prestación de sus servicios, las cuales se definen en un apartado independiente dentro del reglamento de internado en el HGM, con 11 puntos de los que destacamos los siguientes por ser aspectos que intervienen directamente con la relación de los pacientes y el *acto médico*, a saber:

- 1 Prescribir fármacos y realizar procedimientos medico-quirúrgicos que comprometan la salud y la vida del paciente sin la autorización de la autoridad responsable en el servicio correspondiente (médico adscrito, profesor, coordinador) y en su ausencia del residente de mayor jerarquía. (*Ibídem*).

De tal manera que, el médico interno de pregrado bajo la anterior premisa puede realizar procedimientos médico-quirúrgicos que no comprometan la salud, ni la vida del paciente, como por ejemplo curaciones o procedimientos de revisión simple, a pesar de que invada funciones quizá de enfermería, pero que es permitido en los centros hospitalarios por la falta de personal; otro aspecto interesante es la introducción del sistema de ausencias cuyo origen es una excepción a la regla que se convierte en la cotidianeidad, en las prácticas clínicas ampliadas (guardias), los médicos de base brillan en su mayoría de veces por su ausencia, quedando a cargo el médico residente de primer año generalmente, porque los de mayor jerarquía se encontrarán durmiendo también quizás estarán en casa, por tanto, el mundo médico nocturno se cierra a dos clases de sujetos médicos, desde luego, existen también auxiliares de la salud de guardia como enfermeras, camilleros y técnicos de laboratorio.

En ese sentido, los médicos internos de pregrado se dividen en grupos para poder cubrir las guardias, los cuales se clasifican por letras, al parecer dentro del período actual del hospital el sistema es “a”, “b” y “C”; en otras palabras, cada grupo adquiere una letra que representa el día que le toca hacer guardia y éstas se irán recorriendo de manera ininterrumpida durante la semana, para mayor abundamiento transcribo la entrevista a una médico interna de pregrado proveniente de la FES Iztacala, quien explica el significado de las guardias y su sistema:

-pláticame (P mayúscula) ahora de tu horario.

¿Mi horario?

- sí.

...Bueno ja... a nadie le gustan las guardias no... pero hay que hacerlas (se ríe y la acompaña)... porque eso sí está en el reglamento para el internado de pregrado, se tienen que hacer guardias.

-qué es una guardia.

Una guardia por ejemplo aquí en el hospital son guardias "a", "b", "c" eso significa que yo como guardia "a" me quedo cada tercer día en el hospital desde el día, bueno desde que entro a las siete de la mañana a todo el día, hasta el otro día a las cuatro de la tarde que salimos normalmente, entonces, es un día completo en el hospital, más medio día más.

--Pláticame qué sucede en una guardia normalmente.

Ah bueno, las guardias están echas para que los... servicios no se queden sin médicos en la noche.

-Dime... pero qué pasa, dime la verdad.

Bueno, pasan muchas cosas a nosotros en una guardia, un paciente cayó en paro entonces pues hay que sacar al paciente del paro, darle los medicamentos y pues apoyarlo.

- Y tú... ¿con quién?

Ajá yo con mi médico residente y pues afortunadamente el paciente salió del paro y ya salió bien se fue a su casa y todos muy feliz, muy contento, y más que nada hay que mantener en vigilancia a los pacientes toda la noche (Entrevista 1, MIP FES-IZTACALA).

Como se observa en la primera parte del discurso citado, la interna de pregrado proveniente de la FES-Iztacala, utiliza como razón el reglamento de internos de pregrado, que aunque no lo conoce a profundidad adquiere legitimidad porque el sujeto a quien va dirigido cree que ahí se encuentran los fundamentos de los mandatos emanados de sus superiores, pero deja ver el rechazo que tiene hacia las guardias al mencionar como una verdad universal: "A nadie le gustan la guardias", pero sabe que el trabajo hospitalario requiere una vigilancia permanente del paciente y a su vez del médico mismo, está en constante evaluación cuya

referencia directa es el estado del “enfermo”. Como se puede apreciar también es el momento en donde el interno tiene la posibilidad de una emergencia y poner en práctica los conocimientos adquiridos tanto en la vida universitaria como en la observación hospitalaria breve de años pasados.

Ante estos argumentos y tomando en consideración el origen del entrevistado, quien procede del ámbito universitario público, me parece necesario metodológicamente tener otra percepción para, además de realizar un análisis más profundo de la situación, poder contrastar el sentido que adquiere para los distintos sectores de los internos de pregrado ciertas situaciones que se vuelven cotidianas, por ello, tomaremos de referencia ahora a una interna de pregrado proveniente de universidad privada para evaluar sus percepciones, quien dijo:

-Qué es una guardia.

Es un reto... una guardia es un reto en todos los aspectos porqueee... no sabes qué puede pasar y de verdad pasan cosas muy extrañas, llegas que nunca te imaginas.

- Por qué

Por ejemplo me llegó una vez un niño que se separó totalmente el labio (me señala con mímica la incisión)... cosas así que no pasan... o gente que va a urgencias así por una caries y así cosas súper raras... pero es un reto porque es mucho cansancio, tienes que trabajar y tienes que estar bien, no puedes estar durmiéndote frente a un paciente, no sé te acostumbras no sé o es el amor de estar aquí. (Entrevista 5, MIP Anáhuac).

De tal forma que, al mencionar el significado de una guardia para la interna proveniente de la Anáhuac, ésta lo interpreta como un reto práctico, al decir que ocurren cosas que no te imaginas, desde luego, está hablando de sí misma y su experiencia con la “enfermedad” cuya observación cercana es mediante libros y en ocasiones por enseñanzas clínicas si bien hospitalarias, bajo la supervisión directa del médico de base; en cambio, el internado representa un momento trascendental para el interno, teóricamente éste ya está a cargo del servicio hospitalario o por lo menos tiene asignado a algún paciente, por ello, al enfrentarse a la realidad hospitalaria la interna de pregrado se encuentra sorprendida, quien también

comenta el cansancio que siente y la apariencia que debe guardar frente al enfermo, aunque no significa que éste conforme con dicha situación, la mira con tanto sacrificio que justifica sus motivaciones a elementos involuntarios como la costumbre o el amor.

Ahora bien, por cuestiones metodológicas me gustaría también escuchar y citar otra perspectiva proveniente de provincia, con valores y sentimientos propios, ajenos quizá al ambiente citadino del nosocomio, entonces, he decidido incluir el relato de una interna proveniente de Puebla, quien al respecto dice:

¡Ay! bueno, el horario es horrible no sé si la gente... bueno yo creo que la gente en general no sabe como funcionan las guardias... las guardias pueden ser a, b; a, b, c, o a, b; c, d, aquí en este servicio tenemos guardias a, b, c, eso quiere decir que por ejemplo hoy estoy de guardia, mañana estoy de posguardia y pasado estoy de preguardia, o sea hoy yo voy a estar desde las siete de la mañana hasta las tres de la tarde mañana en el hospital, atendiendo toda la noche todo lo que llegue, todos los ingresos, haciendo todo lo que me pidan mis médicos de mayor jerarquía. Hoy es jueves, mañana es viernes, salgo a las tres de la tarde; los sábados no venimos a menos que tengamos guardia...(entrevista número2, BUAP).

Como se aprecia del anterior relato, la interna de pregrado se limita a mencionar el sistema de guardias que existe en el hospital, de donde se puede inferir que el servicio médico se centra en las guardias; es decir, surgen concepto de guardia con prefijos por un lado, pre guardia que indica antes de la guardia, y por otro lado, pos guardia que es después de la guardia. En ambos momentos se debe cumplir con los pendientes del servicio, los cuales pueden ser: realizar una histórica clínica, llevar a algún paciente a estudios, sacar muestras, entre otras actividades del servicio. Para mayor abundamiento en el sistema quiero apoyarme en la explicación, realizada por un interno proveniente de UNAM, quien por estar adscrito al campus de ciudad universitaria siente hegemonía respecto de los otros estudiantes, además se muestra tolerante al servicio médico, incluso piensa que es moderado en comparación con otros hospitales, quien menciona:

Depende, por ejemplo estando en urgencias se divide en tres días, preguardia, posguardia, guardia, preguardia es de siete a tres de la tarde, si estoy de guardia mi horario es de las siete de la mañana a diez de la mañana del otro día, más o menos diez once de la mañana, y bueno en la posguardia en este servicio nos dejan salir más temprano (Entrevista 4, MIP de CU-UNAM).

De lo anterior quiero resaltar el horario de salida de guardia, porque como se observa, varía en relación con el anterior relato, en éste se nota la salida más temprano, resulta interesante porque ambos internos se encuentran adscritos al mismo servicio: urgencias. Empero, tienen diferente percepción sobre el trabajo, toda vez que existe un consentimiento dentro del interno ciudadano, a diferencia de la interna proveniente de Puebla, existe la posibilidad de que uno termine sus labores antes y pueda tener la tarde libre, pero en general tendrá que cumplir con su horario que es hasta las tres de la tarde como acertadamente lo describió la adscrita a la BUAP. Pero más allá de los horarios precisos en que cumplan su trabajo, los internos de pregrado pierden el sentido de la libertad en la transición entre estudiantes y practicantes del *arte médico*, tal como lo describe de forma profunda una interna del Instituto Politécnico Nacional, quien habla con un tono popular, pero que su expresión se denota con sinceridad por encontrarnos fuera del sitio hospitalario, quien dijo:

-Qué piensas de tu horario.

Si (sí) es un poco complicado porque uno se acostumbra a estar libre y llegas aquí y no te puedes ir, no es como cuando eres estudiante que llegas y dices ah una guardia ya me voy (lo dice en tono irónico) y nadie te dice nada.

-¿Qué, no eres estudiante?

No, ya no soy estudiante, porque... bueno, sí soy estudiante de cierta manera, porque uno hasta un médico de base sigue siendo estudiante no... uno nunca deja de estudiar toda su vida, pero el concepto que nos catalogan de interno, pasante, ya no tienes los privilegios de un estudiante de ay todavía no lo sabes ay todavía no eres interno...

-¿Tienes responsabilidades?

Un interno ya tiene responsabilidades... porque ya eres como un médico chiquito, eres el segundo después de un residente, si el residente ya es un médico de aquí, si de hecho entra un paciente y tú lo estas atendiendo ya eres responsable. (Entrevista 3, MIP del IPN).

De ahí que, la manifestación de la interna de pregrado del “poli”, resulte idóneo en la presente investigación porque su sentimiento de pérdida de la libertad en el hospital emana como una declaración espontánea, pues, sabe que ya no está bajo las reglas de la universidad sino de una nueva organización: “el hospital”. Se siente despojada de su derecho estudiantil limitado a cumplir con las tareas y prácticas que tienen como responsabilidad primordial la obtención de una buena nota en cuaderno, pero en el sitio hospitalario las reglas cambian y ahí tal vez lo que se está en juego es el paciente y su posición de médico.

Por consiguiente, se sabe que la relación directa con el paciente implica responsabilidades no solo legales sino éticas, en donde ya no es un estudiante sino un médico en servicio, parte de un gremio que tal vez no lo reconozca como tal. Es decir, en el lugar de prestación de servicios médicos actúan diversos personajes que para efectos pedagógicos dividiremos en dos grandes sectores: el médico y el paciente, en donde se engloban diferentes actores del proceso médico por una parte, el personal médico que comprende todas aquellas personas que están en función de la salud de manera directa por ejemplo ya sea médicos, auxiliares de medicina, etcétera, y por otro lado, aquellos que se encuentran en el lugar en función de quien recibe el servicio, quienes pueden ser, desde luego, los pacientes pero también los familiares que acompañan al mismo, pues, (vicio) entran en contacto con el personal médico y escuchan sus comentarios. De tal manera que, los internos no son pacientes, en virtud de no recibir atención sino brindarla, entonces, debe pertenecer al personal médico, en términos de reglas de lógica formal y el principio de identidad, así como exclusión, a saber:

Principio de identidad

A --->A, entonces “El médico es médico”

Principio de Exclusión

Todos los A son B \rightarrow algunos A \rightarrow no son B entonces

“Todos las personas del hospital son pacientes”; “Algunas personas del hospital no son pacientes”

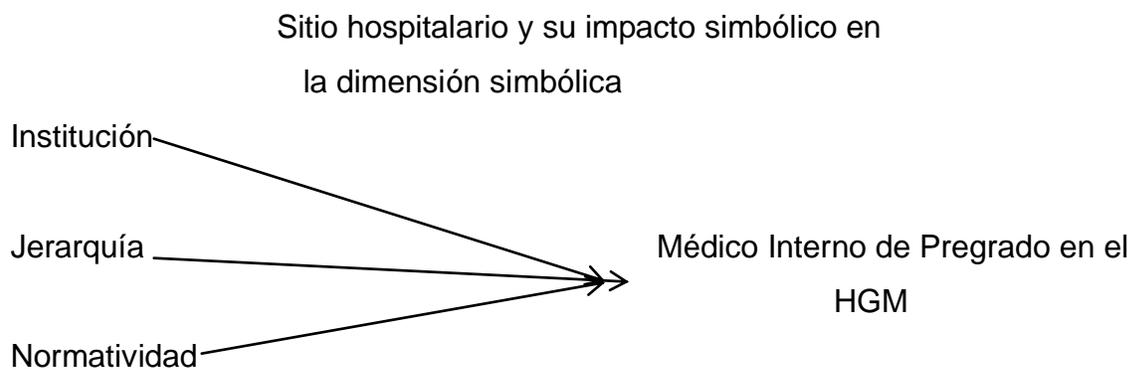
El objeto de tal afirmación está fundado en ejercicios lógicos (De Gortari, Eli, *et. al.*; 1971), fundados en dos principios la identidad y la exclusión los cuales deben entenderse de esta manera, la identidad de uno depende de la exclusión del otro; es decir, el médico es médico porque no es paciente, si fuera paciente sería quizá médico pero en ese momento tendría calidad de paciente, aunque no por ello dejaría de ser médico.

Una vez aclarado el anterior concepto, el trabajo del médico interno de pregrado aparece como una combinación entre la estandarización y la obtención de conocimientos, aparentemente como se desprende de sus testimonios, éstos están sometidos a una gran carga de trabajo, pero en el fondo saben que será ese el momento en que tal vez puedan estar en contacto más directo con el paciente en calidad de médico, sin la presión constante de los familiares por la hora, y con la desatención del médico de base, así como las permisiones del residente. En fin, la guardia aparece como un pago o sometimiento ante la posibilidad de experimentar su transformación de practicante médico en maestro, examen que tal vez no es tan exacto a la formación medieval, aquí la supervisión del maestro médico brilla por su ausencia, pero su evaluador constante sin duda será el paciente, entendido en la plenitud del concepto.

2.6. El impacto simbólico del sitio hospitalario en los internos de pregrado del Hospital General de México.

A lo largo del presente capítulo se ha analizado el impacto de las estructuras digamos más externas sobre el sujeto, es decir, sólo se ha encaminado a analizar e intentar explicar algunos efectos producidos en el médico interno de pregrado en relación con el sitio hospitalario, ya sea mediante elementos materiales de la estructura arquitectónica del lugar, o la presión vigilante de la estructura jerárquica

e incluso los instrumentos normativos. Todos estos aspectos no sólo se han descrito sino en mediana medida han intentado tener una explicación e interpretación basada en las evidencias del estudio de caso, pero se han limitado en cuanto a desarrollo cualitativo, porque si bien se han esbozado algunas interpretaciones de los sujetos en estudio, no se ha pretendido hasta el momento profundizar en éstos desde una perspectiva ontológica que conforme su situación del ser, sino simplemente se ha enfocado a ver las reacciones que causan estas condiciones en el médico interno de pregrado cuya finalidad es allanar el campo a un capítulo más analítico al respecto que se enfoque en un nivel diferente entre el sujeto y sus significados del mundo laboral, por tanto, hasta este momento lo que se expondrá ahora son los impactos de las estructuras antes mencionadas en el presente, tal como se esquematiza de la siguiente forma:



Como se puede observar, estas esferas simbólicas están interactuando sobre el paciente, generando en éste algunos sentimientos e interpretaciones del mundo laboral hospitalario, de tal manera que hasta aquí se iniciará una serie de interpretaciones recolectadas por los instrumentos previamente analizados y aplicados a los sujetos en estudio, a efecto de poder reflexionar en torno a los significados que se han generado entre éstos, recordando que por ser el primer contacto con el mundo hospitalario después de la ruptura con el ámbito universitario genera en los internos un trauma o resignificación que tendrá que adecuarse a la realidad para adquirir sentido(Schütz, *Op. Cit.*), de tal manera que el interno se encuentra con un “nuevo mundo” por decirlo así, porque aún cuando

haya vivido en algunas experiencias la vida hospitalaria, ésta no adquiere mayor relevancia en su *vida cotidiana*, sino es a partir del internado que tiene que reformular su *mundo de vida*, al respecto veremos la resignificación de la misma y sentimientos generados a partir de la interacción con este nuevo escenario que no aparece de forma inerte sino en constante interacción con el sujeto; en otras palabras, la relación sujeto-objeto recobra un nuevo sentido, el objeto se transforma mediante el sujeto al adquirir un nuevo significado en éste.

En ese sentido, los aspectos y trascendencia que se analizarán en este apartado serán los discursos emanados por el médico interno, se intentará que sean de forma alternada por sus condiciones de origen, institución e ideología: La primera dimensión del presente análisis se iniciará con la resignificación del concepto hospitalario, en especial la concepción del médico interno de pregrado en relación con el ideal que tenía de hospital cuando era estudiante universitario; es decir, antes del internado, que como se ha ido demostrando se rige por sus propias normas según relatos de los sujetos en éste, así como en la normatividad vigente del Hospital General de México, en ese sentido, el primer sujeto a analizar será un estudiante de esta Ciudad de México, escuela pública, quien dijo:

Lo que me sorprendió es que no pensé que fuera... que hubiera cosas que administrativas... que no iba a ser tan administrativo o sea, que no íbamos a tener que llenar papeles y tenemos que llenar un buen de papeles, hacer papeleo y mucha burocracia, eso me sorprendió, pensé que iba a hacer diferente pero llenar papeles, llenar papeles y eso no me gusta. (Entrevista 4, MIP C. U.).

El interno que vertió tal comentario ya ha sido caracterizado someramente, donde se estableció que tenía disposición y consentimiento hacia el trabajo médico, pero como se observa del anterior fragmento desarticulado, incluso incoherente cuando se le cuestiona sobre las sorpresas que sufrió al entrar al trabajo médico, aparece una especie de decepción por la excesiva burocracia, es decir, se rompe la cadena ancestral del aprendizaje medieval del gremio y es sustituida por una serie de imposiciones “institucionales” que someten al médico en formación y

descomponen su perspectiva apoderándose incluso de su discurso, aspecto que quiero destacar con otro fragmento emanado de otro interno con características similares al antes citado, que al respecto menciona:

-Así te imaginaste que sería el ejercicio en el hospital.

No, realmente no... Había conocido este hospital cuando estuve en tercero, y bueno, como estudiante creo que tienes una perspectiva bastante diferente de lo que se hace, cambian la forma de trabajo.

-¿Por qué?

Por ejemplo, puedes tomar una muestra de laboratorio pero no te imaginas que tienes que hacer un montón de trámites para que te permitan esa muestra o una radiografía... hay mucha burocracia en ese sentido... (Entrevista 9, MIP C. U.).

Tal entrevistado, como se ha mencionado, proviene también de Ciudad Universitaria, además de contar con orígenes similares de clase media popular y primer profesionalista en la familia. Así entonces, podemos apreciar la similitud de los argumentos, aunque claro, el segundo con más ilación que el primero, puesto que este interno tenía más tiempo en el sitio hospitalario, ya que ahí cursó su tercer año, quizá por ello no fue tan impactante, porque tenía una idea más clara de las funciones del hospital aunque no precisas.

En ese sentido, quisiera contrastar lo antes dicho con otro argumento extraído con la misma técnica, pero en un interno proveniente de universidad privada, quien tiene un médico general como padre y se sintió influenciado por el mismo, sus expresiones son de un sujeto petulante que considera motivo orgullo por estar en una escuela prestigiada, quien al preguntarle contestó:

...me (Me) imaginaba... sí me imaginaba más o menos como tú dices ser lo más bajo de la cadena alimenticia, por así decirlo, pero sí es mucha joda... digo, perdón, es mucha friega... o sea, aparte tenemos que venir además de aprender, tratar de aprender, tratar de estudiar, hacer un trabajo burocrático así, papelería, tramites, pagos... entonces yo creo que el internado, el hospital debería basarse más en lo académico, enseñarle al interno en capacitarlo que en hacer tanto labor de papelería, tanto mandadero...(Entrevista 7, MIP La Salle).

Desde luego, su argumento inicial retoma una metáfora que utilicé escuchada por un médico algunas entrevistas antes, él la retomó de manera voluntaria para afianzar un momento de confianza y poder expresarse con sus propias palabras, las cuales como se desprende de la entrevista, señalan un reclamo legítimo que los antes citados no hacen, quiere más educación porque se siente en formación, aspecto que no aparece en los entrevistados provenientes de escuela pública.

Ahora, considero necesario contrastar este argumento con otro, ahora de una interna de provincia proveniente de Toluca, Estado de México, quien desde el bachillerato ha estado dentro de la UAEM, origen clase media, educada y con tendencias humanistas, quien dijo:

-Así te imaginaste que sería el servicio del hospital.

No.

-Qué te sorprendió.

No, o sea, sí contemplas que es un hospital grande, pero... la cantidad de gente que se maneja... es exageradamente, o sea, es entendible que haya tanto procesos administrativos, pero de repente son demasiadas cosas administrativas para lograr, por ejemplo, para sacar un ultrasonido a un paciente o algo así... es lo que le decía yo a mi paciente que me decía: "es que ya se tardó", pues es que es administrativo, yo por mí lo haría en este segundo, si yo pudiera lo haría, pero hay muchas cosas administrativas que aunque son muy... para manejar toda la gente van poniendo trabas para que salga más rápido el paciente, que para nosotros es la prioridad. (Entrevista 6, MIP de UAEM).

Los reclamos parecen similares en el discurso, se les preguntó a todos los ya analizados en este apartado sobre si existía algo en particular que les hubiera sorprendido sobre el servicio. Las respuestas se han vuelto comunes, en especial y de manera espontánea, en la mayoría de los casos se observa malestar general por el exceso de burocratismo, incluso en la presente extracción discursiva aparece de pronto "tanto proceso administrativo", cuando su argumento principal era el tamaño de la institución, por tanto, parece generalizado en los internos la

absorción de sujetos aprendices a médicos en sujetos que se vuelven un engrane del sistema burocrático, cuando su finalidad principal debería ser los sujetos.

Por otra parte y siguiendo con los objetivos planteados en el presente apartado, el siguiente punto que se analizará será la relación de los internos respecto de sus superiores jerárquicos dentro del sitio hospitalario con un marco normativo establecido, en particular conocer quienes imponen las formas de trabajo, qué visión tiene el interno respecto a éstos, entre otros aspectos.

En primer lugar, es necesario conocer quién fija las actividades de los internos, aspectos que se revelarán por medio del discurso-dato del interno, el cual será desarrollado en el mismo orden que los anteriores, y en caso de introducir algún discurso emanado de otro sujeto no citado antes se caracterizará brevemente, entonces, el primer dato que se obtendrá será de un egresado de UNAM, quien señaló:

-Si te enfermas, ¿quién te cura?

Aquí en el hospital... un residente, ellos determinan si te vas a tu casa dos días o si te quedas a trabajar...

-¿Quién te fija tus actividades?

Depende, el residente con el que estés rotando, o sea... por ejemplo, hoy estoy rotando con dos residentes quienes determinan qué necesita cada paciente y me lo dicen a mí para que yo lo haga laboratorios etc....(Entrevistado 4, MIP CU.).

Pues bien, los residentes aparecen, como ya se había señalado, en el apartado anterior como los superiores efectivos en el servicio y éstos son los intermediarios entre el médico de base y el paciente; aunque aquí quisiera mencionar que se agregó de manera intencional la pregunta sobre salud, cuando el interno dice: “Un residente determina si te vas a tu casa dos días o si te queda a trabajar”; es decir, el superior jerárquico tiene pleno control sobre el sujeto respecto de su trabajo, que quizá pueda ser excepcionado solamente con alguna causa grave, de lo contrario el servicio tiene que seguir. Otra interna de pregrado de la Universidad Anáhuac, quien tiene como características particulares provenir de una clase

media alta, y se sabe como tal, menciona que gracias a lo que paga tiene acceso a hospitales con más facilidad que otros, señaló:

-Quién te dice qué hacer.

Aquí.

-Sí

Los residentes, el R1, el de primer año (Entrevista6, MIP Anáhuac).

En efecto, tal interna es concisa al mencionar de manera inequívoca al residente como la autoridad próxima que fija las actividades, aspecto que se advirtió dentro del presente capítulo, sólo que en diferente apartado.

En ese sentido y a efecto de mayor certeza metodológica se transcribirá otro extracto con sentido de una interna de provincia de Puebla, ya utilizados sus discursos en otro momento, pero que en este momento se refiere a sus superiores:

-Qué piensas de tus superiores.

Yo pensé que mis residentes iban a ser así como un modelo a seguir, alguien que te guiará en la profesión, que te dijera, que te enseñara sobre su experiencia y la verdad es que no, es un ambiente pesado porque hay muchas jerarquías, entonces, ellos, aunque sólo sean dos años de diferencia, tú les tienes que obedecer porque es el que está encima de ti y sabe más y... pues ya no pues si sí saben más, pero yo pensé que iban a ser algo así como tu *sensei* y la realidad es que no, son algo así como tu jefe y tú eres así como su *chacho*.(Entrevista2, MIP BUAP).

Es necesario tomar las medidas adecuadas en las presentes transcripciones, recordemos que algunos internos deciden poner resistencia contra el sistema y son abiertos respecto a ello; otros en cambio están de acuerdo con el mismo y saben que deben pasar un vía crucis para ganarse el respeto entre sus pares.

Aunque, al final de día terminan en la mayoría de ocasiones por aceptar la jerarquía impuesta, tal como lo describe magistralmente una interna del politécnico, al decir:

-Sientes identidad con tus compañeros residentes o los ves como jefes:

Bueno, al principio los ves así como bien tedioso de que te estén mande y mande, a hacer las cosas pero ya con el tiempo como que encariñas y agarras como que... el ritmo y agarras tu lugar, es como una cadena, tú eres así el eslabón de hasta abajo y ya como que vas agarrando tu lugar, sí sabes que te tienen que mandar pero que todo mundo paso por eso y que por algo te lo está diciendo, tienes que ganarte su confianza... (Entrevista 3, MIP del IPN).

Del anterior relato se puede obtener una imagen más clara del proceso hospitalario que termina por ceder en los internos, desde luego, mediante observación se determinó que existen mecanismos de defensa para burlar la autoridad, como es el *mandrakeo*, proveniente de una serie cómica escrita que relata la historia de un mago(-) Mandrake(-) y que ha sido adoptada en el ámbito hospitalario dentro del sitio en análisis para designar al trabajador ya sea hombre o mujer que con frecuencia se desaparece, con la firme intención de tomar un descanso o simplemente dejar pasar el tiempo fuera de las órdenes del superior jerárquico, que en el caso de los internos es muy fácil, pues, su trabajo la mayoría de veces tiene que salir hacia distintos puntos del hospital.

Por último, quiero tratar los cambios que hubo en los internos de pregrado a partir de que entraron en contacto con el sitio hospitalario, y se hará mediante relatos emanados de los propios sujetos, quienes mencionarán dichos cambios desde el fondo de su subjetividad.

El primero y siguiendo el orden establecido será, un interno de UNAM, quien señala lo siguiente:

-Qué cambios crees que hayan ocurrido en ti desde que entraste en esta institución. Yo creo que sí, como que te olvidas un poco a veces de tus actividades que tienes que hacer o que tenías que hacer, por ejemplo, yo no he hecho nada de ejercicio en los últimos dos meses y a mí me gustaba hacer ejercicio(,) a veces pienso que lo voy a hacer pero estoy cansado o se me olvida. (Entrevistada 9, MIP C. U.).

En el caso de los internos de escuela privada, decidí sólo incluir el de la interna de Anáhuac en este apartado, toda vez que la respuesta emanada del interno de La Salle pareció muy falsa, al no poder responder decidí mencionarle un adjetivo y sólo lo repitió, aspecto que puede vulnerar la investigación, en cuanto a la interna, ella mencionó:

Ay, pues eso mismo que me abrió los ojos al mundo real, que pues no toda la gente tiene las mismas oportunidades. (Entrevista 5, MIP Anáhuac).

La anterior explicación parece sin sentido, pero interpretando el cuerpo completo de la entrevista, la interna de pregrado señalaba como las mismas oportunidades la posibilidad que tuvo de estar en ese sitio para poder aprender, porque considera que al estar en contacto con diferentes enfermedades que quizá sólo vea en libros, puede maximizar su capacidad de clínica, y sabe que si no hubiera estado en esa institución educativa, en una pública hubiera sido difícil acceder al sitio hospitalario. Sin embargo, para no perder la perspectiva de privada decidí incluir a la interna de Puebla, que dentro de sus antecedentes se encuentra provenir de padres con estudios; de hecho su padre es el único de los entrevistados que cuenta con posgrado, y ella cursó su bachillerato en el Tecnológico de Monterrey, y al escuchar su relato me pareció que tiene tendencias ideológicas cercanas a los provenientes de escuela privada, quien al cuestionarle sobre cambios en su persona al llegar a la institución dijo:

Ay, pues la verdad estaba mucho más estresada porque... por ejemplo, también es pelearte mucho con los pacientes, antes yo decía por ejemplo “que le cuesta al doctor decirme como está mi familiar”, y ya que estas del otro lado dices una, a mí me lo prohíben darle informes al familiar; dos, tengo muchísimo trabajo y dices no puedo perder así ni tres minutos... o igual es mucho pelearte con todos pelearte con el de rayos X porque no quiere sacarte las placas porque estás haciendo algo que no te corresponde, mmm... bueno por lo menos a mí muchos de mis compañeros dicen que el internado así que o sea ellos ya están resignados a que ibas a hacer funciones de secretaria no, entonces, yo no entonces mis expectativas están

bastante defraudadas entonces he estado bastante más irritable de malas.
(Entrevista 2, BUAP).

Es decir, la decepción cubre totalmente a la interna antes entrevistada y supone que no hay más camino que sentirse frustrada por la ruptura total entre aquel ideal médico forjado en las universidades así como en el interior de la comunidad, y la realidad de un sistema de salud burocratizado, impositivo y que tiene como principal ocupación cumplir con el papeleo más allá de la salud del paciente ; en cambio, hay otras internas que generan mecanismos de defensa contra el panorama institucional, como la interna del Estado de México, quien dijo:

Mmm... no sé, tuve que no aprender a separar el hospital del resto de mis horas de lo que sea... y tuve que aprender que a pesar del servicio de lo que pase aquí no debo cambiar mi actitud, porque si dejo que el ambiente mismo tan burocrático, tan estresante como algunos servicios te absorba ya valiste, tienes que saber qué quieres, porque si te absorbe lo de afuera, no sales. (Entrevista 6, UAEM).

Por tanto, la institución en cuanto a su estructura administrativa parece afectar de manera directa los internos, pues, los somete en una serie de mecanismos impuestos por la cúpula, que limita sus posibilidades de formación desde la vieja perspectiva, pero que quizá los capacite para otro tipo de medicina (la defensiva), o por lo menos para los sistemas imperantes en la actualidad, donde tal vez el vestigio del maestro médico ha sido absorbido por la “eficiencia administrativa” , y ahora no es tan trascendente la antigua medicina que salva vidas, a los métodos de protección médica emanados por las instituciones y los sistemas democráticos.

En el sentido de la aparición de nuevos sujetos, como los familiares del paciente, o simples ciudadanos que tienen el deseo de saber lo que ocurre dentro de lugares tan cerrados como un hospital,(.) entonces, las viejas prácticas médicas son sometidas en todo momento de alguna manera por los “externos”, de tal manera que el personal médico hace todo lo necesario en papel y lo mínimo frente al paciente, pues, como se sabe en ocasiones un médico tiene que tomar decisiones que parecen poco ortodoxas para intentar salvar la vida del paciente,

pero a causa de los múltiples mecanismos de vigilancia esto se reduce a cumplir administrativamente con los mandatos que las leyes vigentes le imponen, lo cual genera una ruptura en el viejo pacto *hipocrático*, además de romper con la vieja metodología de enseñanza y aprendizaje médico, reduciendo un proceso ancestral de tipo artesanal a la construcción de un *trabajador precario médico* por sus condiciones especiales de trabajo.

CAPITULO III: Análisis empírico de los internos de pregrado en el desarrollo del trabajo médico dentro del Hospital General de México

El presente capítulo está enfocado al trabajo médico y su expresión en los internos de pregrado, quienes, como ya se ha señalado antes, se encuentran en un momento crucial de su profesión, porque es el inicio del trabajo hospitalario, ente que tiene la capacidad de reproducir su propia fuerza de trabajo, y en donde los médicos han resguardado su conocimiento ante los embates de los legos.

Sin embargo, la medicina en general se ha transformado conforme a la sociedad, los antiguos estados monárquicos han cedido su poder a los “democráticos”, quienes bajo el manto de la “modernidad” han transformado a todos los sujetos en racionales, quienes tienen la capacidad de cuestionar todo y buscar el máximo beneficio posible, según las fuerzas del mercado.

Así pues, el viejo sistema que se erigía en los hospitales medievales de principios del siglo XIX, en donde el médico ejercía su práctica en sujetos marginados por su condición de clase; ahora está en constante evaluación ya no sólo por sus superiores sino además por nuevos sujetos denominados clientes o usuarios, cambio cultural tal como lo expone el doctor González Martínez, al decir:

El surgimiento de una “tercera cultura”, entendida como la adquisición de conocimientos médicos por la población general, es, en gran parte, el resultado de la revolución y el avance de la tecnología de la comunicación y la educación; los secretos médicos milenariamente conservados por los médicos hoy no son más nuestros; ahora pertenecen a la población (*Op. Cit.*; p. 70).

De tal manera que, la medicina con esa obligación impuesta por la modernidad individualiza al sujeto médico en un ser racional desligado de su contexto histórico y social; en consecuencia, el futuro del sujeto médico terminará en aquella conjura iniciada por Touraine, quien describe:

La desocialización de la cultura de masas nos sumerge en la globalización pero también nos impulsa a defender nuestra identidad apoyándonos sobre grupos primarios y reprivatizando una parte y a veces la totalidad de la vida pública, lo que nos hace participar a la vez en actividades completamente volcadas hacia el exterior

e inscribir nuestra vida en una comunidad que nos impone sus mandamientos (Alain, p. 11; 2000).

En otras palabras, el sujeto al no encontrarse en el otro corre el peligro de no ser el mismo, pues, para lograr ser es necesario reflexionar en el mundo sensible con el ser otro (Hegel; 2006b), así entonces, al romperse la comprensión de un mundo compartido, la pérdida de identidad es inminente, por ello, la búsqueda de la identidad en un mundo fragmentado es irrenunciable y corre el riesgo de volverse una constante dura de vencer, tal como señala Axel Honnet, a saber:

Las reclamaciones de autorrealización individual que hace treinta o cuarenta años crecieron con rapidez en las sociedades occidentales por la confluencia históricamente singular de procesos de individualización muy diversos se han convertido ya a tal grado en un patrón de expectativas institucionalizando la reproducción social que han perdido su finalidad interior, volviéndose fundamento de legitimación del sistema(pp. 369-370;2009).

En consecuencia y a partir de las reflexiones antes mencionadas, nos encontramos ante un mundo que limita su capacidad de entendimiento, pero perfecciona sus medios de control, el desgaste del sujeto en la búsqueda del *ser* por sí mismo, lo ha llevado a no encontrarse, por ende, a ser susceptible de medios de control establecidos bajo las premisas de racionalización.

Entonces, el mundo común en donde el sujeto se encuentra de manera espontánea consigo mismo mediante la interacción con otros se reduce a simples fórmulas establecidas desde el exterior que imposibilitan el desarrollo natural del hombre que, siguiendo a Engels (en Marx y Engels; 1968) podría situar el máximo desarrollo del hombre en la actividad del trabajo, teoría que no es descabellada si se considera que en tal actividad el hombre desarrolla habilidades manuales, intelectuales y espíritu de cooperación para el trabajo. Aunque cabe aclarar que, dicha actividad surge de manera espontánea por la necesidad del sujeto, sin embargo, en la sociedad actual bajo las premisas de la modernidad, existe una tendencia a la normalización y burocratización del mundo natural del trabajo

(Habermas; *Op Cit.*) la cual limita la capacidad del sujeto de desarrollarse con otros, la relación sujeto-sujeto se ve subordinada por una serie de fórmulas que evitan distinción entre los mismos, y por tanto, falta de reconocimiento, motor general de la fragmentación de las identidades y de la sociedad.

En suma, el presente apartado pretende mostrar ese momento de fragmentación de las identidades, generado por la *colonización del mundo de la vida* (Habermas; *Op. Cit.*), en el trabajo médico particularmente al desarrollarse en una *institución total* (Goffman, *Op. Cit.*), la vida se reduce y desenvuelve en el lugar de formación, que en este caso particular es el hospital, luego, el trabajo médico clásico desarrollado por la interpretación de los signos (Foucault; *Op. Cit.*) desarrollado por medio de la sensibilidad y espontaneidad de la interacción humana se ve vulnerado por un sistema que emana de los *modelos productivo médico hegemónico*, cuya finalidad es la racionalización del sistema médico, elemento que genera una ruptura entre el sujeto y el médico, frenando el desarrollo de éste último y dando como resultado monstruos como la *medicina defensiva* (Paredes Sierra, Raymundo y Octavio Rivero Serrano; 2003).

3.1. Estado actual del internado médico de pregrado en el Hospital General de México.

El internado médico dentro del Hospital General de México, como anteriormente se ha mencionado, es anual y lo componen internos de la Ciudad de México, como de Provincia así como de privada.

El período actual (2012), está conformado por 144 alumnos, la mayoría son mujeres con el 57% contra el 43% de los hombres (Véase Gráfica 1), los cuales provienen de seis instituciones diferentes, aunque, para efectos pedagógicos y a causa de la división marcada en el departamento de enseñanza del HGM, se decidió aumentar los lugares de origen a ocho, toda vez que se contabilizó como autónomas a las FES, aunque orgánicamente pertenezcan a la Universidad Nacional Autónoma de México, pero dicha atribución directa sólo se ha permitido a la Facultad de Medicina, tal como consta en documentos “oficiales” del departamento.

Así pues, los porcentajes de cada institución se distribuyen de la siguiente manera: FACMED con 53 alumnos representa el 38%; IPN con 42 personas representa el 29%; FES Zaragoza con 15 alumnos representa el 10%; FES Iztacala con 10 alumnos representa el 7%; BUAP con 6 alumnos representa el 4%; Universidad Autónoma del Estado de México con 5 alumnas representa el 3%; La Salle con 5 alumnos representa el 3%; Anahuac con 7 representa el 5%; Universidad Autónoma del Estado de Morelos con 1 alumno representa el 1%; todos respecto a la población total de la población de médicos internos de pregrado (véase cuadro 1 y gráfica 2).

Ahora bien, para brindar el servicio en el hospital los alumnos se dividen en grupos de 24 alumnos en promedio por servicio, que a la vez se subdividen en grupos de 3 para cumplir con las respectivas guardias. La rotación del servicio es cada dos meses, el internado inicia en enero y concluye en diciembre. Existen cinco intercambios estudiantiles con sitios universitarios nacionales, todos son alumnos de la FACMED, asimismo, hay dos alumnos de Anáhuac adscritos a investigación.

3.2. Significados y naturaleza del médico interno de pregrado en su trabajo

La investigación de la sociología del trabajo en términos generales estableció dos tipos de indagación clásica: la unidad e integración de la empresa y los conflictos de la misma, por tanto, se podría afirmar que uno contaba con elementos objetivos como salarios, prestaciones, descansos, etcétera; y otro con aspectos más subjetivos como satisfacción del trabajo o adaptación del mismo (Dahrendorf; 1974), desde luego, hacía falta análisis de la cultura en aquellos tiempos, sin embargo, a partir de la caída del socialismo real y con la hegemonía del positivismo, los estudios laborales se hundieron en un panorama gris, y fue a partir de los desarrollos de la hermenéutica y las ciencias del espíritu que los estudios sobre significados y subjetividades profundizaron con el claro objetivo de interpretar los fenómenos sociales para poder llegar a una comprensión.

De tal manera que, el presente estudio intenta rescatar los significados de los sujetos respecto de sí mismos, a efecto de establecer como objetivo más allá de hipótesis falseables, una comprensión del sujeto que se transforma *para sí*, entonces, se rescatarán los discursos de diferentes internos previamente caracterizados en el anexo metodológico del presente trabajo.

El primer significado que me interesa rescatar es cómo se ven lo internos de pregrado a partir del servicio que brindan actualmente, por ello, el orden de relatos será el mismo que en otros apartados, primero se plasmará el proveniente de escuela pública, luego escuela privada y por último de provincia con las respectivas reflexiones, por tanto, procedo a describir el argumento dilucidado por el primer interno médico, en el orden planteado es:

Jajaja... significa ser muchas cosas, en principio eres en el de menor jerarquía y estas a disposición del r1, r2, r3, y el médico de base, y pues significa muchas cosas aprender, no estás titulado todavía, no puedes ejercer totalmente la medicina, pero estás en calidad de estudiante. (Entrevista 4, MIP C.U.).

Como se puede apreciar, el primer adjetivo que enuncia el interno proveniente de Ciudad Universitaria, describe la jerarquía médica en un orden descendente desde el residente de primer año hasta el médico de base, en donde se ubica como el de menor jerarquía, pero cabe señalar que se concibe dentro del gremio porque no se refiere a sí mismo como estudiante, así tampoco menciona a los estudiantes dentro de su argumento; asimismo, me parece importante lo anterior en virtud del sentimiento del interno en análisis, pues, éste en la plática informal se ubico como estudiante. Sin embargo, la realidad lo obliga a reconocer su carácter como trabajador, aunque es necesario matizar esto, ya que si bien el interno de pregrado de UNAM se ubicó así fue porque quiere mantener sus derechos estudiantiles como son: a) recibir conocimientos del médico de base; b) tener oportunidad de estudiar dentro del internado médico; c) adquirir práctica y aumentar su currículum para la selección de residencias, aspectos que pueden saltar a la vista con lo siguiente:

-Consideras que tus actividades son un trabajo.

Sí... yo entré aquí en el hospital en calidad de estudiante, de debo de aprender y debo de aprender, pero poco a poco me di cuenta que mucha gente no ve eso, muchas veces los médicos no ven que estas todavía aprendiendo, entonces ya te dejan como medico y a veces no se detienen un poco podríamos decir a discutir un caso contigo que es de lo más enriquecedor, y la bronca es que te empiezan a adjudicar un buen de responsabilidades que sí son nuestras, pero o sea lo que deben de saber es que somos estudiantes, no trabajadores, no nos pagan como trabajadores(enojado)... por ejemplo, yo veo a un residente y le pagan mucho más, tiene mayores responsabilidades, podríamos decir que también es un médico en formación, pero ya tiene más impacto sus actividades y yo lo que hago sí siento que es trabajo, pero que tienen menor impacto sobre el paciente.(Entrevista 4, MIP C. U.).

En otras palabras, la lucha por reconocerse estudiante o aprendiz de médico aparece, así como la exigencia de cumplimiento de una estructura medieval de gremio, y no del actual sistema encubridor de relaciones laborales ante los ojos de la sociedad. Asimismo, el argumento vertido me trajo inmediatamente a la mente aquella vieja consigna del movimiento médico de los años 60's cuyo epicentro fue la consideración y beneficios de los médicos internos y residentes como trabajadores. Sin embargo, los únicos considerados como trabajadores posterior al movimiento fueron los residentes, quienes actualmente ocupan un apartado del capítulo de trabajos especiales en la Ley Federal de Trabajo, de tal manera que el argumento antes transcrito por el interno resulta razonable al mencionar las mejores condiciones del residente al contrastarlas con las propias y su aceptable indignación en contra del sistema, resultado de un hecho histórico del trabajo médico.

Sin embargo, también hay quien sugiere que este proceso de interno es importante y trascendente en la carrera médica, al señalar que aparecen por primera vez como reales prestadores de servicio y no como estudiantes; es decir, por un lado, confirma las hipótesis anteriores donde el médico interno se sabe dentro de la cadena de prestación de servicio como el más bajo, pero por lo

menos está, no como el estudiante quien a pesar de ser aspirante a médico no es reconocido como tal ni en la estructura, como tampoco digno de prestar atención al paciente. Y por otro, la primera ocasión que el interno de pregrado siente responsabilidad directa sobre un paciente, incluso aún cuando éstos saben que legalmente no la tienen, además de saberse también parte integral del hospital y no más como una simple visitante que por la tarde estará en su casa dedicada a actividades comunes, entonces, el hospital se convierte en el centro estructurador de vida, tal como lo afirma la MIP de institución privada :

Es el primer contacto como médico, es la primera vez que te sientes responsable de alguien, porque como estudiante nada más rotas y si vas o no vas a nadie le importa y como interno tienes más responsabilidades.

-Podrías decirme cuales son tus actividades.

(Ríe) Hospital, hospital, hospital, no si de veras estoy aquí todo el tiempo y los fines de semana que tengo libres pues salgo con mi familia y amigos. (Entrevista 5, MIP Anáhuac).

El inicio del argumento ilustra la influencia del sitio hospitalario como un “todo” en la vida del interno, además de afirmar que pasa la mayor parte del tiempo actual en su vida dentro de éste. Otro sentir más descriptivo es el emanado por la interna de Puebla, quien dentro de la entrevista realizada generó un lazo de confianza de forma rápida, quizá gracias a su personalidad extrovertida, quien señaló:

-Podrías decirme qué es para ti, qué significa un interno de pregrado.

Bueno, la verdad es que yo estoy bastante desilusionada del internado, yo pensé que ser interna de pregrado era algo como, o sea, súper esencial para tu formación médica, que ibas a aprender, que los residentes que son los que tienen más experiencia, te iban a enseñar a... pues a todo lo que tú no sabes, porque tú nunca has practicado como tal la medicina. Y pues yo pensaba esto, pero la verdad ahorita por lo menos en este hospital, no sé los demás, pues, eres un secretario así tal cual, por ejemplo estas hojas que traigo es para que trasladen un paciente o sea es algo totalmente administrativo que no tiene nada que ver con la medicina, y digo: “por qué estoy haciendo esto en vez de estar aprendiendo medicina”. O por ejemplo

estoy en el filtro y tengo que hacer a los pacientes que llenen todos sus consentimientos informados, que me llenen datos sobre su casa, y digo yo: “bueno, eso lo puede hacer una secretaria”, entonces, bueno, yo pensaba que iba a aprender medicina, que me iba a formar como médico y la verdad que eso sólo es un 10% del tiempo, el 90% del tiempo soy así como la chacha de los residentes o hago cosas de enfermera, por ejemplo, sólo saco muestras, ah las ingreso a la computadora, ah... o sea imprimo los laboratorios los dejo ahí, hago interconsultas, bajo a los pacientes a sus estudios, si no hay camillero pues ya tengo que empujar la camilla, yo tengo que empujar la silla de ruedas, y digo bueno a mí la verdad no me capacitaron para esto, no.

-Entonces qué pensaste que iba a ser.

Pues eso, que me iban a enseñar medicina que o sea el doctor iba a estar a ahí iba a decir no sé: voy a hacer esto no sé X procedimiento por ejemplo no sé poner una sonda de balones, yo lo voy a hacer ahorita la próxima vez lo vas a hacer tú.

-Y no pasó así.

No... no pasó así (Entrevista2, MIP BUAP).

Como se concluye de este interesante relato, los agravios ejercidos al aprendizaje médico son en especial hacia la profesión y la ruptura con el ciclo natural de formación, más allá de ocupar el lugar de médico en formación, el modelo vence a la estructura medieval y en lugar de un sujeto que adquiere el *secreto médico* se tiene a un trabajador polivalente que resulta indispensable para el servicio médico, dicha conclusión llegó a mí después de una conversación con residentes, quienes mencionaron que en el mes de diciembre el hospital se queda sin internos 15 días aproximadamente, causando caos completo, pues, los elementos necesarios para el diagnóstico de los pacientes o su atención no están completos, porque son funciones que han adquirido los internos y que las personas encargadas de ello ya no realizan, por lo menos no con la misma intensidad.

3.3. Relación médico paciente

El acto médico conlleva una serie de rituales desde el inicio de los tiempos, el objeto del mismo es generar bienestar en su paciente; es decir, persigue un objeto simbólico que implica necesariamente la interacción entre el médico y el paciente,

que va desde la vestimenta blanca, estetoscopio y lenguaje técnico para convencer al paciente sobre su diagnóstico, de tal manera que el interno de pregrado aspira a conocer esa mística que, combinada con conocimiento, logra la salud y bienestar del paciente, aunque la línea es muy delgada entre la cosificación del cuerpo humano y la real atención, toda vez que quizá por la excesiva carga de trabajo que sufre éste no pueda desarrollar sus sentidos al nivel de la exigencia que se requiere, además de mentir en ocasiones para lograr la legitimidad requerida y poder actuar sobre el paciente, aspectos que se revelan de la siguiente narración de un interno de pregrado de Ciudad Universitaria, quien está adscrito al servicio de urgencias y señaló:

-Cuando ves a un paciente le aclaras que eres un interno de pregrado.

Siempre le aclaro que soy un médico interno de pregrado(,) aunque no me entienda.

...

-Con cuántos pacientes tuviste contacto ayer.

Como con quince.

-¿Todos son iguales?

No, todos son diferentes... bueno, sí tienen un patrón común: que son de escasos recursos y pueden venir de cualquier área. (Entrevista 4, MIP C. U.).

Como se puede observar, el médico interno de pregrado no da más explicaciones acerca de esa clasificación, sabiendo en el fondo tal vez que los pacientes no saben el término; es decir, no saben que es un médico en formación y éste lo oculta para no alarmar al paciente y familiares, además de entender que es su oportunidad de brindar y ensayar el acto médico. Argumento que coincide con la práctica realizada por una interna proveniente del Politécnico Nacional, al decir:

La gente que viene a la pública (institución) son muy humildes, muy agradecida, o sea, te dan la oportunidad de que aprendas un buen, y en la privada vas así como no me toques y así que aprendas mucho, pues, no.

-¿Cuándo atiendes a un paciente le dices que eres interna de pregrado?

A veces sí, depende de cómo veas a la persona, si va entender el hecho de que tú eres como pasante, pero si ves que es así como una persona que llega muy

exigente no le dices, sólo le dices: soy médico porque si no dice: “tráiganme un médico de base”, entonces es un poco complicado. (Entrevista 3, MIP IPN.).

Dicha elocución resulta sumamente ilustrativa de la práctica cotidiana en los hospitales públicos y aquella vieja teoría emanada del trabajo de Foucault, donde aduce retomando a la revolución francesa a los hospitales como centros de marginación, donde se experimenta con los pobres, además de alejarlos de los ricos para evitar contagios (*Cfr. Michel, Op. Cit.*). Por ende, concedo cierta razón a tal aseveración histórica, que aunque es del nacimiento de la República Francesa también es aplicable en este caso, tal como se observa de la simple lectura del relato anteriormente transcrito, porque la interna en entrevista confiesa preferir los hospitales públicos a los privados por la posibilidad de acción que existe en éstos, pues, en un privado el sujeto de atención tendrá mayor cultura y exigencia hacia quien lo atiende; en cambio, el de salubridad será frecuentado por el enfermo de bajos recursos y educación en la mayoría de los casos, además que los propios pacientes no están ahí por voluntad sino por necesidad económica. Al parecer la práctica de la mentira al atender un paciente de parte de los internos de pregrado es una constante, pues, también la interna de la Anáhuac recurre a esas estrategias para poder desarrollar acorde su internado y habilidades sin ser tan cuestionada, tal como señala:

-¿Cuándo atiendes a algún paciente le aclaras que eres un interno de pregrado?

No.

-¿Por qué?

Porque te quita credibilidad, mucha, es como cuando dices que eres estudiante, como que ya no te toman en serio. (Entrevista 5, MIP Anahuac).

En otras palabras, los internos saben que ante el lego deben demostrar poder del conocimiento, el cual se refleja desde su vestimenta hasta el lenguaje técnico que confunde al paciente, y demuestra una vez más que, en todo caso, quien se encuentra en periodo de evaluación es el paciente y no él mismo (aunque sabemos en el fondo que actualmente éste también está en evaluación constante),

de tal manera que el médico de cualquier nivel que se encuentre en hospital debe evitar a toda costa que el lego invada sus funciones, por tanto, el título de doctor lo mantienen, para demostrar que es una persona docta que tiene todo el respaldo de su conocimiento clínico, a pesar de carecer de ello en ese momento.

En otro orden de ideas, otra de las temáticas más preocupantes dentro del tema de la relación médico paciente es la poca atención discursiva e interacción social que tienen los encargados de la salud en México en el sector público hacia los pacientes. La cusa es clara, exceso de burocratismo y quizá una imposición del Modelo Médico Hegemónico descrito por Menéndez (*Op. Cit.*), el cual como ya se ha descrito anteriormente, tiene la función de encubrir un sistema económico político como es el capitalismo, por ende, todos los padecimientos del sujetos serán siempre analizados bajo la perspectiva curativa y no la preventiva; es decir, únicamente el enfoque de la salud se restringe a tratar al paciente para que pueda reintegrarse a la sociedad y el trabajo de manera rápida como especie de paliativo, sin que haya una solución de fondo.

Así pues, tal teoría resulta pertinente al presente análisis por tratarse del caso de los médicos internos de pregrado en instituciones públicas, quienes además de sufrir una ruptura en su formación, sufren una patología comunicativa con el paciente, pues, a pesar de saber que éste debe ser tratado de manera integral por medio no sólo de aspectos biológicos sino también sociales, por lo menos así lo entienden la mayoría de los internos. Empero, para fines didácticos cito el argumentos de uno de ellos, aunque quiero aclarar que este tipo de comentarios recibí de casi todos en el marco de pláticas informales al desarrollar el estudio, en fin, la interno proveniente de la UNAM adscrita a la Fes Iztacala dijo:

-¿Cuál sería el objeto de trabajo del médico?

El objeto de trabajo... pues en sí todas las personas... porque nosotros no tratamos únicamente, en teoría no deberíamos tratar únicamente la enfermedad.

-¿Pero a ver dime la realidad?

La realidad es que sí, sólo tratamos la enfermedad no... o lo que ves diariamente es que se aboca únicamente en "me duele el estomago", quítale el dolor de estomago pero... a nosotros nos enseñan que hay que ver al paciente como una esfera,

entonces él tiene una parte sentimental o psicológica y una parte biológica, entonces no sólo hay que ver el hecho de que le duele el estomago sino a la mejor se peleó, tuvo algún problema en su casa y eso originó el dolor de estomago.

-¿Crees en eso?

Sí lo he visto muchas veces y... bueno, yo lo he experimentado platicando con los pacientes un rato que te acerques y lo escuches un rato el paciente mejora. (Entrevista 1, MIP FES IZTACALA).

De tal manera que, tal como se puede observar de la anterior narración, existe un grado de conocimiento sobre los aspectos psicológicos del paciente por parte del interno, mediante el viejo discurso y acompañamiento no sólo físico sino sobre todo moral que realiza el médico con el paciente en un difícil momento de su vida, pues, cada vez que se interna alguna persona se recuerda de manera inmediata el imaginario de la muerte y la fragilidad humana.

En ese sentido, hay ocasiones en que el paciente lo único que quiere es escuchar una palabra de aliento que motive su estancia, sin embargo, este tipo de aspectos parece cerrado en el ámbito público, a diferencia del privado, en virtud de que en este último el trato hace la diferencia, tal problema se resume en el siguiente fragmento:

-Si tú fueras paciente, cómo te gustaría un buen diagnóstico...

Bueno yo creo que en el seguro social, en las instituciones así que brindan atención a las personas en general que no es privado, hace falta mucha comunicación, como hay tantos pacientes, pues la verdad... todos quieren sacar rápido para atender más, para trasladar...

-Pero aquí ¿Cómo sucede?

Pues hace falta mucha comunicación, la verdad al paciente casi no se le informa lo que tiene, y como son pacientes de muy bajos recursos también es difícil explicarte, muchas veces no te entienden, por ejemplo, cuando hacemos firmarles los consentimientos les asusta la necropsia, así te dicen: "no, no, no... eso no" bueno no autorice, y luego muchas veces no saben escribir, les dices: "necesito que llene este formato", y te dicen: " es que no sé escribir", entonces, tú tienes que llenarlo a

fuerza, o sea, es muy difícil por los dos lados, tú porque no tienes tiempo de explicarle al paciente, y ellos que no te entienden.

-¿Y por qué no tienes tiempo?

Bueno, yo no es que no tenga tiempo... mis funciones son otras, pero... son muchos pacientes (Entrevista 2, MIP BUAP).

El anterior relato es vertido por una interna de pregrado de la Universidad de Puebla, que tiene un valor importante apreciado de forma subjetiva por el entrevistador, porque de manera sincera aborda un problema fundamental, en donde aquella vieja teoría con la que inicié este apartado sobre la atención de pobres en los nosocomios se confirma de forma total, del simple discurso emanan diferentes datos sobre el sistema público.

El primero se refiere a esa falta de comunicación en los sistemas de salud públicos, la cual, se podría decir confirma de cierta forma por el señalamiento de la interna poblana, quien afirma que las institucionales de salud que brindan servicios, pero que no son de índole privado tienen problemas de comunicación con sus pacientes, en consecuencia a su volumen, así como su “incultura occidental” para llenar formatos sociodemográfico-económicos quizás.

Entonces, el interno tiene que asumir la función de suplir esas deficiencias, aunque habría que ser cuidadoso en este aspecto porque también existe la posibilidad que los familiares del paciente de manera intencional y para evitar ser evaluados por el personal clínico mientan en sus habilidades; es decir, que aprovechando el desdén de los internos en el sitio hospitalario, los familiares del paciente a veces asumen un rol fingido de víctimas a efecto de que los internos realicen las tareas.

En conclusión, la comunicación entre los sujetos dentro del hospital se ha roto parcialmente, si bien cumple con las expectativas del Modelo Médico Hegemónico, también en ocasiones pueden ser habilidades de dramaturgia que asumen los sujetos dentro del hospital; es decir, el lugar toma un papel simbólico tan fuerte como si fueran templos religiosos con reglas solemnes que ninguno de los dos (pacientes; médicos) desea romper, y que antes no existió porque los

auténticos templos religiosos guardaban ese trato en aquella época donde el mito no era sustituido por la ciencia.

3.4. La colonización del modelo foucoltiano en el Hospital General de México

La medicina desde su origen ha significado interacción social, su finalidad: la salud, necesariamente es construida por sujetos, quienes bajo el intercambio de sentimientos expresados en síntomas y signos intentan dar una explicación racional al proceso de muerte paulatina que sufre todo ser viviente, desde luego, Foucault puede dar cuenta del nacimiento de la clínica como ese momento en que se descubre un lenguaje particular con sintaxis nuevas que no siempre “hablan” con la enfermedad sino que la “escuchan”, antes de todo conocimiento objetivado de clínica los hombres sabían sobre un malestar en contraste con la salud, pero, dicho conocimiento era adquirido en la propia vida, tal como lo señaló acertadamente Foucault, al decir: “Antes de ser un saber, la clínica era una relación universal de la humanidad consigo misma; edad de felicidad absoluta para la medicina.(Michel, p. 85; 1996)” En otras palabras, se refiere a ese panorama antes de la escritura, donde los conocimientos son transmitidos de manera inmediata generacionalmente; en cambio, a partir de la codificación de la clínica, la medicina se convirtió en saber y empezó a interrogar, actividad que no es del todo aceptable en un lenguaje que no tiene palabras y que se encuentra en el cuerpo del enfermo, más no es éste.

Así pues, el individuo vuelve a ser objeto de conocimiento, sin embargo, aunque parezca contradictorio, éste se vuelve objetivo porque todo análisis a partir de la muerte puede ser observado y descrito mediante el estudio patológico, sin embargo, con esa objetividad nace también la subjetividad del otro que interpreta si bien en una base segura (todos moriremos algún día y nos harán autopsia para saber de qué morimos), con un camino interpretativo correlacionado entre los signos y el lenguaje.

De ahí que, la medicina aparezca entre una dialéctica con el peso de lo objetivo(la muerte), pero el instrumento de lo subjetivo(el “ojo clínico”), por ello, el desarrollo óptimo de la medicina tiene que circundar entre estos campos; es decir,

poder observar el proceso de deterioro humano con la claridad de estar frente a un sujeto lleno de interpretaciones y mediaciones propias, dicho proceso puede ser claro actualmente con el uso de la tecnología que sin duda es uno de los factores que más afecta la atención médica, pues, en las instituciones públicas, como es sabido, estudios simples en ocasiones llegan a tener un lapso de aplicación en relación a la consulta de meses enteros, y de manera particular pocas veces es realizado por el paciente de escasos recursos por su elevado costo, entonces, resulta indispensable para el tratamiento de la salud el uso adecuado y solicitud pertinente de tales estudios por parte del médico, tal como se menciona en un estudio sobre la clínica médica:

La tecnología utilizada en la actualidad para el estudio del enfermo es fundamental; sin embargo, el modo en el que el médico se relaciona con su paciente afecta de manera muy importante su aprovechamiento. El empleo de sus habilidades clínicas es fundamental para la buena utilización de las armas tecnológicas; ello constituye el factor determinante de la calidad de la atención médica. La determinación del uso de estudios complementarios depende íntegramente del resultado de la buena interpretación semiológica (Abreu Luis Martín p. p. 289-290; en: Lifshitz, Alberto y Lydia Zerón; 2010).

De tal manera que, el trabajo médico real no se reduce al simple uso de aparatos técnicos que puedan analizar el cuerpo humano como una máquina con algún desperfecto, sino implica un trabajo mucho mayor de imaginación, competencia discursiva e interpretación, pues, el alivio de una persona no se puede reducir a una reparación sino implica interacciones humanas, tal como lo descubre un interno de pregrado de Ciudad Universitaria al señalar:

:

Es muy arduo y es muy amplio su campo de trabajo y pues parece... simple y sencillamente hasta estar con un paciente, incluso lo puedes hasta consolar solamente hablar con él pasando, hasta tomarle laboratorios, este... tomar una placa de tórax, pedir una placa de tórax, iniciar tratamientos, hacer diagnósticos también, bueno pues analizar todo lo que es el padecimiento de un paciente no sólo el signo

o el síntoma, sino el ambiente en el que vive para poder determinar la enfermedad(Entrevista 4, MIP C.U.).

Como se puede apreciar de lo anterior, el médico interno de pregrado habla sobre el objeto del trabajo médico y la dificultad que éste implica, se debe considerar que el discurso emanado del entrevistado está vigente en el ámbito simbólico hospitalario, a partir de prestar su servicio en la institución es como puede dar cuenta del significado del trabajo; además de tener un orden específico que pasa de la simple atención hasta el diagnóstico hermenéutico del signo y el síntoma, y por último las condiciones generales de donde proviene el paciente; es decir, en la mente de los internos se encuentra claramente la diferencia entre una atención simple y de calidad, aunque en la práctica gran parte de éstos recurre a la primera, ya que debido a las grandes cargas de trabajo que tiene el interno no le dan mucho espacio de reflexión para poder analizar con claridad el estado de los pacientes.

En ese sentido, teóricos médicos encuentran a la clínica como ese momento particular que se aprende en la práctica diaria y que si bien puede estar objetivada en algunos manuales, éstos son inútiles si no se combinan con la experiencia misma, dentro del acto médico las habilidades del galeno son fundamentales para la construcción de bienestar en el paciente, dichos teóricos ven al proceso de la clínica de la siguiente forma:

La práctica clínica, es en principio una actividad creativa, pues se entiende como el proceso para formular ideas e hipótesis, probarlas y tomar decisiones; también puede describirse como la habilidad para interpretar, enjuiciar y proponer una alternativa única para el caso “no hay enfermedades sino enfermos” a fin de lograr una solución oportuna apropiada y válida al sistema de salud (García Mangas, José Alberto y Alberto Lifshitz, p. 87; en: Lifshitz, Alberto y Lydia Zerón, *Op. Cit.*).

En consecuencia, la clínica aparece como fruto único de la interacción del médico con el paciente y su enfermedad; es decir, aprende a entender el lenguaje único de la enfermedad por medio del paciente, quien es observado pasivamente a

efecto de poder comprender su malestar sin recurrir a aspectos de místicos, sino con la clara realidad de la muerte misma y su proceso, desde luego, es un aspecto imposible de señalar al paciente, sin embargo, este proceso tan importante para el médico es a veces sustituido por otro tipo de trabajos formalizados que se apoderan de la práctica clínica y la convierten en burocracia administrativa, tal como denuncia el siguiente interno:

-¿ Esto crees que es un trabajo médico?

No, la verdad, porque hay compañeros que nos toca estar en filtro y pues, éste se refiere a ver qué paciente entra a hospitalizarse y cual no, pero en vez de esto tenemos que llenar papeles todo el día hojas y hojas, y a veces hay tanto trabajo que no puedes ver a los pacientes. (Entrevista 4, MIP C. U.).

Derivado de la cita anterior podemos deducir que el médico interno de pregrado sufre una patología profesional, al no coincidir sus funciones a sus verdaderas acciones; es decir, el interno al acceder a su servicio tiene la ilusión, y por ende, el consentimiento de un intercambio de conocimientos, que no llega a darse porque el médico necesita más que enseñar que cubran sus pendientes en la sala, entonces, la burocracia y formalización inundan el servicio medico y, por tanto, la clásica clínica foucoltiana. Además de una profunda ruptura comunicativa que sufre el médico interno, quien apenas comienza a entrar en conciencia de su condición de galeno, y tiene la intención de desarrollar su práctica clínica en el hospital, pues, la teórica ya ha sido desarrollada en sus respectivas universidades, además quisiera citar un extracto discursivo que muestra la descomposición del sistema que rompe con la relación entre el médico y su paciente, pues al formalizar las relaciones de éstos se rompe el vinculo de confianza, pues se genera incertidumbre innecesaria, al decir:

-¿Existe un protocolo para atender al paciente, una norma oficial?

Pues depende mucho, porque venga el paciente

-En qué te incomoda.

Lo que no me gusta de los protocolos o de las guías médicas es que muchas veces no van de acuerdo con tu criterio no, a lo mejor tú estás pensando que le puede servir algo más y no precisamente lo que dice la guía, o lo que dice ahí que tienes que hacerlo, a lo mejor ya no es tan necesario realizar ese estudio y como la guía lo menciona lo tienes que hacer, pero es como un gasto más para el paciente y sobre todo aquí vienen pacientes que a veces no tienen recursos, entonces eso no es como agradable tener que hacer estudios de más, sin embargo es necesario porque con eso de las demandas y así revisan todo eso y si tú te saltaste algún paso en alguna de esas guías, pus ya es un punto malo para ti.

-¿Cómo ves eso?

Para el paciente lo veo mal no, porque si hay estudios que a la mejor están de más, sin embargo hay estudios que sí realmente son muy necesarios, por eso digo que depende mucho del padecimiento que traiga el paciente, pero para uno es bastante ayuda, muy bueno (Entrevista1, MIP de FES-Iztacala).

Es decir, la cultura de la llamada *medicina defensiva* que ya he comentado en otro apartado, es otro factor importante de limitación del desarrollo de la clínica del médico interno de pregrado, en especial porque se pretende sustituir su función al de un técnico que espera la respuesta de un *check up*, la cual quizá ayude pero no concluye con el proceso de atención médica de calidad, porque el paciente siente gran incertidumbre cuando ha pasado varias pruebas en máquinas complejas y el médico aún no encuentra la respuesta; pero esto es inexacto en virtud de que el médico ya lo sabe en el fondo, pero aún así debe agotar todos los estudios llamados de gabinete por indicarlo así los protocolos de atención. Entonces, el conocimiento que se hereda por, así decirlo, al interno de pregrado es como cubrirse de los requerimientos legales, agotando los estudios, llenando las papeletas para en caso de una investigación judicial se haya cubierto todo en papel, aunque la atención humana del acto médico se desvanezca en esto.

3.5 La esperanza de la estabilidad laboral. El interno médico de pregrado como trabajador precario en el Modelo Médico Hegemónico.

La estabilidad laboral se implementó como un fruto quizá de las luchas obreras o tal vez un acto de compra-venta consentido por parte de éstos; es decir, el trabajador al ser usado como fuerza de trabajo y enajenar toda su habilidad y creatividad en el proceso de trabajo hace un intercambio de esta sumisión por el aseguramiento de su vida.

Al respecto cabe recordar el análisis de Carlos Marx, en relación con los cuatro momentos históricos que impone el desarrollo de la propiedad como de la división del trabajo³⁷: el comunismo primitivo; el esclavismo; el feudalismo; y el capitalismo. Elementos que resultan ilustradores, pues, como se puede apreciar, la construcción de las relaciones de producción, han sido alteradas dependiendo la etapa histórica en que se encuentra la sociedad. Dicho de otra manera, en la etapa del comunismo primitivo era necesario desarrollar todo tipo de tareas, porque las hordas tribales al ser particularmente nómadas requerían trabajo conjunto de todos para sobrevivir. Posteriormente, al establecerse las sociedades humanas generaron una serie de jerarquías, algunos con todo tipo de derechos y los otros como simples mercancías materia de apropiación, como es el caso de las sociedades romanas, características por cierto occidentales. En la tercera etapa denominada feudalismo, se restringe el poder de la compra-venta humana, pero se mantiene el carácter de clases y sumisiones, aunque ahora no derivado directamente de los sujetos, sino de las tierras mismas denominadas feudos, es decir, quien por poder adquiría la propiedad territorial obtenía los favores de quien en éstas habitaban, configurando el contrato de vasallaje (siervos- señor feudal). Por último, el capitalismo cuyo epicentro son los medios de producción y propiedad como en otros momentos, pero con la novedad de la libertad jurídica, en donde se “reconoce al sujeto la libertad” de vender su propia fuerza de trabajo, pues, como se sabe, éste no tiene la oportunidad de volver su trabajo en valor de

³⁷ Es necesario considerar que las sociedades en general tienen distinción con los animales al utilizar la razón y producir los elementos básicos para su existencia, en donde se da un grado de desarrollo, el cual puede ser verificable bajo la división del trabajo, ya que los individuos al estar “amarrados” a los objetos que mantienen su subsistencia tienen que adaptarse al régimen que se imponga. *Cfr.* Marx, Carlos y Federico Engels, *la ideología alemana*, Cultura popular, México, 1970, pp. 26-27.

uso, sino simplemente en valor de cambio, porque carece de los medios de producción necesarios, tal como nos señala Graciela Bensusán en un texto clásico al decir:

...la única mercancía de que dispone, su fuerza de trabajo, no tiene valor de uso para el obrero puesto que carece de los elementos objetivos indispensables para combinarlos con ella y así llevar a cabo un proceso de producción de una mercancía distinta de la fuerza de trabajo(Bensusán, Graciela, p. 55; 1982).

Sin embargo, al arrojar al hombre a la calle, los capitalistas notaron que se necesita de la fuerza de trabajo que valoricé los objetos en el sistema, por ello, mediante pactos jurídicos pretendieron establecer la concordia, primero de forma agresiva, como las leyes inglesas del siglo XIX, hasta el reconocimiento de la lucha obrera en su forma de huelga en la mayoría de Constituciones occidentales del siglo XX.

En el caso específico de México, la consolidación del derecho del trabajo es fruto de la gesta histórica revolucionaria de 1917, aunque como se sabe fue eminentemente burguesa, pues, en el fondo nunca se buscó la socialización de los medios de producción, como tampoco la desaparición de la propiedad privada, pero tuvo como uno de sus principales fines la atenuación de las condiciones laborales de la clase trabajadora, como son: reducción de la jornada laboral, prohibición del trabajo infantil, pago obligatorio de salario, eliminación de las tiendas de raya, descansos obligatorios, entre otras (Cfr. Chávez Delgado, Roberto Julio, p. p. 910-913; 2010).

En consecuencia, se instauró el artículo 123 relativo a los derechos sociales de la clase trabajadora a nivel Constitucional por primera vez en el mundo; es decir, se pactó de manera institucional las demandas laborales, lo cual benefició también a los propietarios de los medios de producción, que requerían obreros estables para realizar funciones estandarizadas. En otras palabras, los hechos y las necesidades económicas fueron el origen de las reformas jurídicas.

Así pues, la teoría emanada del *fordismo* coincidió con las reformas jurídico-laborales de esa época, éstas generaron los llamados “empleos típicos”, los cuales definió Neffa de forma magistral en los siguientes términos:

En la estructura productiva era hegemónico el sector de la industria manufacturera donde predominaba el empleo masculino, trabajando a tiempo completo dentro del ámbito físico de un establecimiento urbano ajeno a su hogar y distinto del domicilio del empleador, con un contrato de duración por tiempo indeterminado que después de corto periodo de tiempo gozaba de la garantía de estabilidad u era declarado o registrado ante la Administración del Trabajo y el Sistema de Seguridad Social haciéndole los aportes correspondientes, lo cual otorgaba una adecuada protección social que beneficiaba también a la familia del trabajador. (Neffa, Julio Cesar, P.44, en: De la Garza, Enrique y Julio Cesar Neffa; 2010).

La anterior descripción me parece magistral en torno al panorama que establece la apología del trabajo obrero, que sacrifica su creatividad e incluso humanidad por la esperanza de poder sobrevivir en la vejez, por ello, a pesar de los embates que se dan al trabajo *fordista* también trajo beneficios económicos en el marco del llamado “Estado de Bienestar”, y el caso de los llamados profesionistas libres no es la excepción, aunque algunos teóricos, en especial los jurídicos, dudaron dónde cabrían este tipo de trabajadores³⁸, por ejemplo, el doctor Mario de la Cueva, quien es el encargado de redactar la Ley Laboral vigente en 1970³⁹, se hace una pregunta interesante en aquellos años al intentar definir a los profesionistas libres:

³⁸ Al respecto existen divergencias duras en torno a este tipo de trabajadores, pues, los conceptos como se sabe aunque tienen un significado en el contexto actual, también se tiene un peso histórico específico como es el caso del derecho occidental, donde curiosamente se dan este tipo de beneficios a los trabajadores, entonces, los viejos conceptos enfocan a los trabajadores manuales en dos tipos:

a) La *locatio conductio operarum*: por la cual el locutor se obligaba a proporcionar a un patrón, el conductor, sus servicios personales durante algún tiempo, a cambio de cierta remuneración periódica en dinero.

b) *Locatio conductio operaris*: en donde el conductor se obligaba a realizar cierta obra para el locutor, mediante el pago de un precio determinado.

c) Los servicios prestados con carácter científico y artístico, en un principio en la era romana no se consideró como objeto de remuneración, sin embargo, posteriormente sí se obligó por medio del *honorarium* (honor). (Cfr. Bensusan, Graciela, p. p. 42-43; *Op. Cit.*).

³⁹ Recordemos que después de esta ocurrió otra reforma en 1980, elaborada por Alberto Trueba Urbina, sin embargo sólo se trataron temas procesales; es decir, no se modificó sustancialmente la Ley.

No entendemos cómo podría extenderse el derecho colectivo del trabajo a los trabajadores libres, o lo que es igual, no concebimos que los abogados, los médicos o los contadores, que ejercen libremente su profesión dentro de un sistema de clientela, pudieran sindicarse y exigir de cada cliente o de quienes ya lo fueron o de quienes tal vez no lo sean jamás sus clientes, la firma de un contrato colectivo, ni imaginamos tampoco quién deba emplazar a huelga. Y tampoco entendemos que pudiese aplicarse a esas personas y a otras muchas, las instituciones del derecho individual del trabajo a menos que se piense que el señalamiento de precios mínimos de venta sería una solución equivalente; o la prohibición, menos aún la vigilancia...⁴⁰

Es decir, restringe de todo movimiento de carácter laboral, así como derechos colectivos a éstos, además de indirectamente suponer la inaplicabilidad del código obrero a tales trabajadores. Incluso hasta se duda que los haya considerado como tales.

Sin embargo, en la rama de trabajadores que se aborda en este trabajo se encuentran este tipo de trabajadores: los médicos, quienes en la actualidad difícilmente se ven fuera de la Institución Pública, incluso al realizar diversas entrevistas a los internos de pregrado, quienes por cierto no cuentan con la denominación de trabajadores por una negación histórica que los mantiene jurídicamente en un limbo y que el derecho no puede explicar, pero la sociología sí.

Aunque, me parece pertinente hacer algunas aclaraciones en torno al sitio de trabajo del médico, pues, la mayoría se ve en un centro hospitalario y con alguna especialidad cursada, además de algunas otras particularidades como la posibilidad de brindar en el sector público servicio para poder practicar y ver enfermedades que quizá no encuentren en el privado, pero saben que en éste encontrarán mayores beneficios económicos, de tal manera que para lograr comprender de mejor manera dichas aseveraciones citaré algunas respuestas de los internos, tratando de contrastar las respuestas de universidades de origen

⁴⁰ De la Cueva, *Op. Cit.*, p. p. 92-93.

distintas: públicas y privadas. A efecto de poder dar mayor amplitud de comprensión a tales discursos, iniciaré por los comentarios del estudiante proveniente de la escuela pública, quien señaló:

-¿Dónde te gustaría ejercer más la práctica médica? ¿En el hospital público o privado?

En una pública.

-¿Por qué?

Porque puedes atender a más gente de menores recursos y puedes aprender más...

En una privada luego llegan porque les duele la cabeza o algo así. En el público porque desde mi punto de vista es más humanista y puedes ver a más pacientes (Entrevista 4, Estudiante de C. U.).

Respecto a esta quisiera apuntar algunos breves comentarios, en especial la justificación del interno al ser cuestionado sobre las razones de su elección, porque como se puede observar, resaltó el aspecto de *aprender más*, desde luego, matizando su dicho mediante argumentos de estilo humanista aparentemente; pero su queja ante los órganos privados lo delata de cierta manera, al señalar que en ellos los padecimientos son menores desde su perspectiva, en virtud de que aquél paciente que le duele la cabeza quizá sienta un dolor más intenso que otra persona, es subjetivo el umbral de dolor de cada individuo, pero lo interesante es la posición del interno. Ahora bien, transcribiré otras opiniones emanadas de internos de escuela privada, la primera proveniente de la Universidad Anahuac y el segundo interno de La Salle, quienes señalaron:

-Dónde te gustaría ejercer más la práctica médica, en el hospital público o privado.

En el público.

-¿Por qué?

Porque en el privado está muy "corrompido"...Sí está bien dicho... O sea, como que la mayor parte de las personas van para ganar más y no me gusta eso, además de ver mucho en relaciones a mi tío ha sí... (Entrevista 5, MIP Anahuac).

De tal argumento se deduce cierta contradicción en la interna, porque al entrevistarla ella me dijo que la universidad donde cursa le parecía buena porque tenía acceso a grandes instituciones, como el Hospital General, sin gran esfuerzo, ya que los docentes de dicha institución siempre tenían un puesto medio y daban facilidades, pero al preguntarle sobre dónde desearía brindar sus servicios contestó que en el sector público, por aparentes motivos altruistas, como el interno proveniente de escuela pública,(.) sin embargo, para tener mayor comprensión de esta elección, debo transcribir la elección del otro interno emanado de escuela privada, quien dijo:

-Dónde te gustaría ejercer más la práctica médica, en el hospital público o privado

Yo considero que para mí sería bueno en los dos, como muchos médicos hacen no... tienen consulta aquí en la mañana y luego otra consulta privada en la tarde, este... más que nada, viéndolo por el lado de, por ejemplo, en la mañana ves a los pacientes, los ayudas los pacientes, ves enfermedades completamente diferentes a los del sector privado, y en la tarde ya tienes una consulta privada donde a lo mejor tienes más de ganancia, yo creo que está bien tener un balance de ver muchos pacientes, pero también tener un poco más de ingreso(Entrevista 7, MIP La Salle).

De tal manera que, el interno de La Salle tiene una percepción clara, desde aprender en el sistema público y poder remunerarse en el privado, deja a un lado eufemismos y aborda la situación del médico con sinceridad, quizá se debe a su origen médico proveniente de su padre. Aún así, la intención de las anteriores citas era demostrar la intención de algunos internos que a pesar de sufrir un supuesto vía crucis desean servir en una institución pública, como en la que se encuentran realizando el internado, conclusión que parecería descabellada por la violencia a la que se sienten sometidos durante dicho periodo, pero que tiene razones encubiertas que se pretenden revelar en este estudio.

Por otra parte y retomando el análisis laboral planteado al inicio de este apartado, dentro de la estructura laboral básica del centro hospitalario se encubre el conocimiento jerárquico que es premiado con la *estabilidad en el empleo*, porque, como se sabe, el médico hegemónico en los sitios hospitalarios es el

denominado *médico de base*, del cual ya hemos hablado mucho a lo largo del presente trabajo, pero ahora es necesario describir no sólo a éste sino su categoría, porque como se sabe, es aquel que tiene la contratación asegurada y que casi siempre cuenta con una especialidad que acredita su paso a estilo escalafón por todas las otros puestos de trabajo inestables, desde el interno de pregrado quien ni siquiera es considerado trabajador por la legislación, hasta residente médico, quien a pesar de contar con el título y estar reconocido en la Ley, tiene la inestabilidad de la temporalidad laboral.

En efecto, el *médico de base* tiene el beneficio de no preocuparse más por aspectos de seguridad en el trabajo, además sus funciones no son tan estandarizadas, pues, todos aquellos trabajos que aparecen como *secundarios*⁴¹ como llenar papeleo o sacar laboratorios, entre otros trabajos, son realizados por sus subordinados médicos: primero los residentes, quienes dependiendo del tipo de trabajo lo realiza o le asigna al interno su ejecución, de tal forma que el interno será quien realice los trabajos que nadie quiere hacer, tal como comenta la interna de la BUAP, cuando se le propone de nuestra parte hipotéticamente la contratación de secretarías para que hicieran el trabajo de los internos, ya que la queja recurrente fue que el papeleo era función administrativa, no médica, sin embargo, me sorprendió su respuesta al decir:

-Crees que si contratan secretarías harían el trabajo de los internos.

Ah, yo creo que sí mejoraría... pero siempre nos encontrarían otra tarea que nadie quiere hacer... (Entrevista 2, MIP BUAP).

Desde luego que mi intención al realizar la provocación no fue evidenciar el tipo de trabajo que realiza un interno, o su aspecto como trabajo *secundario*, sino realizar una propuesta para mejorar el servicio, pero, la respuesta de la médico interno de pregrado oriunda de Puebla fue tajante, aunque no describió los servicios que brinda un interno, los cuales, dicho sea de paso, ya han sido mencionados antes,

⁴¹ Aquí aparece de manera obligada aquel trabajo de Piore (1983) sobre el dualismo entre el trabajo primario y secundario, éste último con las características de la precarización.

sí clasificó de forma general su esencia en términos sencillos lo “que nadie quiere hacer”, ya sea del ámbito médico estrictamente o del auxilio médico correspondiente a enfermeras, camilleros, entre otros, toda vez que antes se ha descrito que los internos de pregrado realizan en muchas ocasiones trabajos desde “presentar a un paciente en otro servicio” hasta realizar todos los pasos que conllevan al laboratorio.

En cuanto a este aspecto de los técnicos o trabajadores no médicos, el interno mismo los mira como un obstáculo del sector salud, porque su estabilidad genera un cierto cinismo hacia la obligación laboral; es decir, muchos de ellos se abstienen intencionalmente de realizar su trabajo con el argumento de defensa de la categoría, al respecto el interno de La Salle menciona:

-¿Qué piensas del hospital?

El hospital, yo creo que es un excelente hospital, muchos pacientes, muchas patologías, se puede aprender mucho, pero yo creo que... la cuestión de papeleo, la cuestión de burócratas, también la cuestión sindical aquí adentro es muy...

-¿Por qué la cuestión sindical?

Pues porque, por ejemplo, los sindicatos de enfermeras, los sindicatos de técnicos de radiología, los sindicatos de camilleros, todas esas personas que están protegidos por los sindicatos, entonces ellos mismos no quieren trabajar porque se sienten protegidos por sus mismos sindicatos.

-Tú crees que está bien.

No, eso está mal, está muy mal... muy, muy mal... O sea, esos sindicatos, pus bueno (sic.) o sea, sí los protegen, pero ellos mismos como que tiran la hueva y ellos se amparan diciendo sí soy sindicalizado y no me pueden obligar a hacer cosas que no quiero, cuando sí lo tienen que hacer porque es su trabajo (Entrevista 7, MIP La Salle).

Es preciso mencionar que en este caso tampoco se buscó la respuesta, sino que está surgió de manera espontánea, porque como se puede ver, la pregunta que desencadenó dicho diálogo fue en torno al hospital, entonces, el interno se sintió en la libertad de hablar sobre el tema sindical que es interesante, porque en mi

estancia noté desde luego que los internos realmente trabajan a veces más tiempo que los auxiliares de medicina de base, pero, algo curioso que no mencionó el interno, por lo menos en su discurso antisindical, fue que en el caso de los *médicos de base*, éstos tienen la misma actitud y, es mas, los utilizan para cumplir con su trabajo.

En ese sentido, se puede decir que el médico interno de pregrado consiente las actividades de tipo *secundario* que realiza, con la clara intención de demostrar su resistencia para ascender en la escala médica hospitalaria hasta llegar a *médico de base*, por ello, el internado médico se convierte en una etapa fundamental, porque en este momento específico el interno debe resolver si desea dedicarse al ejercicio de la profesión hospitalaria con sus reglas particulares, o intentar la práctica libre en algún consultorio a cierto nivel general.

Claro, el asenso en la estructura hospitalaria implica una especialización, necesariamente en la época actual, aspecto que cumple con la función del Modelo Médico Hegemónico y su esencia curativa reproductora de un régimen, en lugar del avance hacia la medicina preventiva y el establecimiento de la clínica que implica otra lógica diferente a la mercantil o productiva.

De tal manera que, a pesar de las contradicciones internas en el sistema hospitalario, la lógica de una finalidad productiva sigue latente, empero, quizá sea un exceso dar cuenta a un nuevo modelo de producción, porque en todo caso existe una *configuración socioproductiva*, que más allá de ser general tiene características particulares en diferentes *modelos de servicios* de esta índole, sin embargo, tal afirmación no puede ser generalizada precisamente porque este estudio se enfocó en un solo establecimiento, que si bien cuenta con diferentes pabellones y en la mayoría de éstos se da el mismo sistema, aunque con sus flexibilidades, no puede ser comparado a un estudio de diferentes sitios hospitalarios con esencias y formas diferentes.

4.- A manera de conclusión

Recapitulando un poco, el primer capítulo se enfocó en trazar el desarrollo metodológico de la investigación, en virtud de que la riqueza de los estudios sociales es el enfoque de cómo se abordan y construyen las problemáticas a interpretar. En ese sentido, se estableció la reflexión en torno al trabajo médico, su problematización simbólica a partir de su origen mítico entre la semiología y la hermenéutica en los sistemas hospitalarios contemporáneos, y los efectos de éstos en los sujetos médicos denominados internos de pregrado, por ser el primer eslabón en la cadena de servicios médicos hospitalarios. De igual forma, se mencionó el camino epistemológico-metodológico a seguir, cuyo epicentro fue la *hermenéutica y el marxismo* en contraste con *el positivismo* y las metodologías sin desarrollo teórico. Posterior a ello, se articularon los conceptos estructuradores del trabajo entrelazados entre con las teorías médicas y de estudios laborales, además de las técnicas a utilizar cuyo origen *fenoménico* se nominó como cualitativas, en particular la *observación* y la *entrevista* provenientes tanto de la *Antropología* como de la *Sociología*, también se definió como lugar de investigación al Hospital General de México por el peso simbólico del mismo. Se establecieron los objetivos a seguir, así como se formuló un objeto de investigación relacional a especie de hipótesis, sólo evitando ser dogmático al respecto. Además se especificaron las razones para analizar al interno de pregrado en razón a de su estado único aunque transitorio en el proceso médico hospitalario, y se justificó la presente investigación y su relevancia en comparación con otros estudios de corte histórico o sociológico en razón del aporte de la perspectiva laboral que se propone.

El segundo capítulo estuvo enfocado al análisis del sitio hospitalario, donde se caracterizó al Hospital General tanto en su diseño arquitectónico como su origen histórico, en donde destacó la intención de sus fundadores de forjar un sitio de enseñanza clínica universitaria; aunque, también se delineó la estructura *panóptica* que aún subsiste en el hospital, particularmente se pudo observar los efectos de estas circunstancias en los médicos internos de pregrado en su ámbito laboral, por ejemplo, los largos pasillos, parte histórica del hospital, y la influencia

que éste sufrió a causa de la teoría miasmática de principios del siglo XX. Difícilmente se hubiera pensado que sirve como “relajante laboral” y tal vez un medio de resistencia al intenso trabajo que se desarrolla por parte de los internos de pregrado, así como el peso de la estructura *panóptica* que introduce un sentimiento de vigilancia constante por parte del interno, aún cuando esto no ocurra realmente. Otro aspecto interesante que se pudo revelar es la relación que guardan los internos con sus superiores y con el demás personal médico; en cuanto a los primeros, puedo afirmar que existe el sentimiento de una ruptura en la enseñanza de origen medieval a causa del sistema administrativo, que tiene como consecuencia inmediata la decepción del médico interno de pregrado por reducir sus funciones al de una “secretaria” desde su perspectiva; en cuanto al demás personal médico siente una cierta rivalidad, pero sabe que tiene que mantenerse en la concordia y el respeto, aunque se queja de la omisiones de los trabajadores, porque el trabajo que éstos dejan de hacer recae en los internos médicos, quienes terminan por ser camilleros, enfermeros y todo aquel trabajo que “otros no desean hacer”. Aparecen también nuevos sujetos, como es el familiar del paciente, quien tiene una vigilancia y cuestionamiento constante hacia el médico interno, a quien le imponen no tener contacto ni proporcionar informes, lo cual implica diferentes aspectos que se trataron antes y que ahora se concluyen.

Por otra parte, se trató también el régimen general del interno de pregrado en el hospital general, como son: las jerarquías, los horarios y el tipo de trabajo; respecto del primero se reveló la cadena de mando del *médico de base* como la cabeza de la estructura, después de éste los médicos residentes que se ubicarán por servicios y se les denomina “r” al cual se le agrega el año que cursen 1, 2, etcétera, y por último en el final se encuentra el médico interno de pregrado; en cuanto al horario y jornada de trabajo resultan evidentemente ilegales y con características del siglo XIX, pues sobrepasan las cuarenta y ocho horas semanales establecidas por la Ley Federal del Trabajo y la Constitución misma; ahora, el tipo de trabajo resulta ser *precario* y *secundario*, porque no cuenta con los reconocimientos para ser considerado como formal, es más ni siquiera se considera trabajo desde la perspectiva jurídica, y tiene por objeto cumplir con los

trabajos que otros no desean hacer pero que son necesarios para el afanoso cumplimiento de la salud.

El tercer capítulo, como se puede apreciar, es una descripción más específica de la población en estudio y la situación actual de la misma, en relación con el actual momento cultural que se vive en materia de transparencia y democracia que ha impregnado a sitios que antes eran “cerrados” como los hospitales. Por tanto, el médico que se encuentra en constante evaluación ha generado mecanismos de protección ayudados por el sistema administrativo, práctica que se le ha denominado *medicina defensiva*, pues, cubren todos los protocolos necesarios de estudios de gabinete y revisiones aunque sean innecesarias para cubrirse de cualquier eventual demanda; aspecto que afectó de manera directa a los internos de pregrado, porque éstos con el deseo de poder aprender la *clínica práctica* que he denominado *foucoltiana* en virtud de desarrollar el llamado “ojo clínico”, solamente adquieren los conocimientos del llenado de formatos y a cumplir con los protocolos para poder enfrentar cualquier demanda o investigación judicial, aspecto que rompe la cadena del sistema medieval en que se encuentran las profesiones liberales, las cuales habían resistido mediante diferentes metamorfosis subsistir en la época moderna.

Asimismo, se retomó la cuantificación de los internos de pregrado en el Hospital General de México a efecto conocer más específicamente la población objeto de mi investigación, y poder caracterizarlos mejor, así como tomar las decisiones pertinentes metodológicamente para realizar el estudio que se concluye.

En otro orden de ideas, se profundizó en la perspectiva y significado que adquiere para los médicos de pregrado su condición, en donde resaltaron los adjetivos del “hace todo”, “lo que no quieren hacer los otros”, etcétera, calificativos negativos para su condición al interior, aunque al exterior se muestran como parte del sistema e incluso juegan con el paciente y sus familiares, quienes no saben distinguir los grados y tipos de médicos. Así pues, resulta interesante este tipo de roles que adquiere el interno de pregrado dependiendo de su situación.

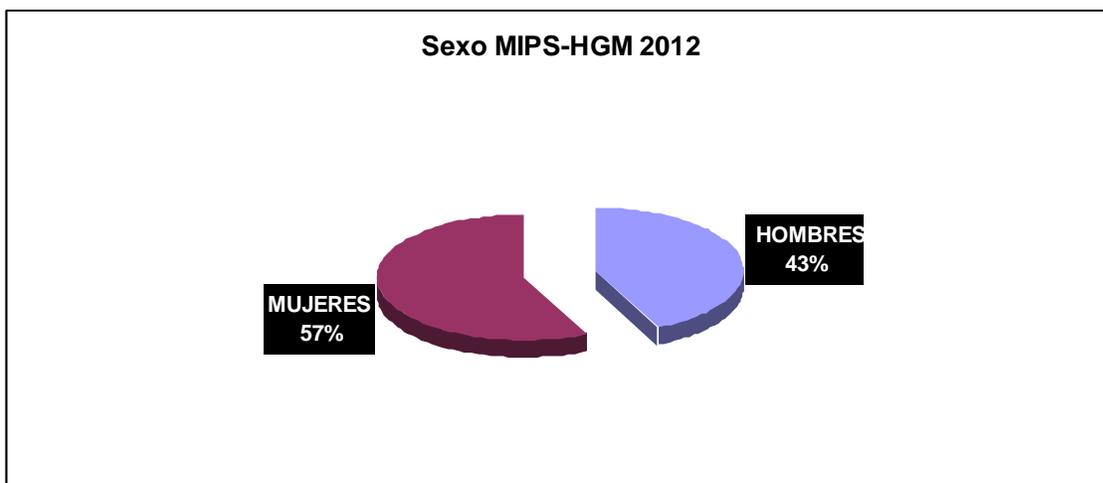
Ahora bien, respecto del trato con los pacientes, los internos de pregrado se saben con la obligación de generar bienestar al paciente por medio no sólo de estudios y análisis, sino también con aspectos discursivos y cálidos que representen su humanidad. Sin embargo, con el argumento del excesivo trabajo, el paciente pasa a último término, pues, los “papeles” son lo primordial. En cuanto a los familiares del paciente, con éstos ni siquiera hay comunicación, ya que está prohibido dar informes en el reglamento de internos de la institución, a pesar de que el paciente y su familiar se convierten en nuevos agentes del trabajo médico hoy más que nunca, porque fiscalizan la labor de éste gracias a los procesos legales y la consolidación del sistema democrático, aunque difícilmente están dispuestos a aceptar el inevitable proceso de muerte de todo ser humano.

Por último, se pudo constatar que el trabajo del interno y éste mismo son trabajadores desde una visión del concepto ampliado de trabajo, y deberían ser tratados con dignidad aún cuando sean trabajadores no tan calificados con empleos temporales que se reducen a su formación, pero que son esenciales para el desarrollo del proceso laboral médico y están en la lucha constante para poder acceder al trabajo estable de base, soportando y consintiendo toda clase de explotaciones y expoliaciones con tal de conseguir tan ansiado objetivo.

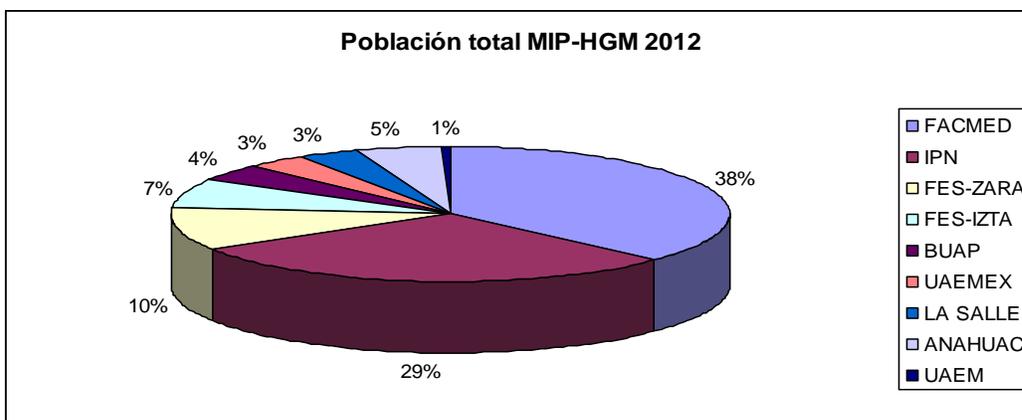
CUADRO 1

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
FACMED	23	30	53	
IPN	14	28	42	
FES-ZARA	11	4	15	
FES-IZTA	4	6	10	
BUAP	2	4	6	
UAEMEX	0	5	5	
LA SALLE	2	3	5	
ANAHUAC	5	2	7	
UAEM	1	0	1	

GRÁFICA 1



GRÁFICA 2



Bibliografía

Abreu, Luis Martín, (2010), “La preservación y perfeccionamiento de las habilidades clínicas de los médicos”, en: Lifshitz, Alberto y Lydia Zerón (Coord.), *Los retos de la educación médica en México*, Tomo I, Academia Nacional de Educación Médica, México.

Alexander, Jeffrey C., (1995), *Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial. Análisis multidimensional*, [Trad. Carlos Gardini], 3° ed., Gedisa, España.

Althusser, Louis, (1981a) *La revolución teórica de Marx*, [Trad. Oscar del Barco, Enrique Román y Oscar I. Molina], 13° ed., Pasado y Presente, México.

Althusser, Louis, (1983b) *La filosofía como arma de la revolución* [Trad. Oscar del Barco, Enrique Román y Oscar I. Molina], 13° ed., Pasado y Presente, México.

Andreú J., et. al., (s/f) “componentes Clave de la Graunded Theory” en: *Evolución de la Teoría Fundamentada como Técnica de Análisis Cualitativo*, CES, Madrid

Bensusán Areous, Graciela, (1982), *La adquisición de la fuerza de trabajo asalariado y su expresión jurídica*, UAM-A, México, [Ensayos].

Boyer, Robert y Michel Freyssenet, (2001) *Los modelos productivos*, [Trad. Irene Brouse], Lumen-Hvmanitas, Buenos Aires-México.

Braverman, Harry, (1983), *Trabajo y capital monopolista*, [Trad. Gerardo Dávila], 6° ed., Nuestro Tiempo, México.

Casas Patiño, Donovan, et. al. , “Reseña cronológica del movimiento médico 1964-1965”, [en línea], México, *Medigraphic*, 2009, [11/08/2010; 15:30], formato htlm, disponible en Internet: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2009/hf091c.pdf>.

Cerroni, Umberto, (1975) *Marx y el derecho moderno*, [Trad. Arnaldo Córdoba], Grijalbo, México, [Teoría y Praxis].

Cleaves, Peters,(1985) *Las profesiones y el Estado: El caso de México*, Colmex-Centro de Estudios Sociológicos, México, [Jornadas 107].

Chávez Delgado, Roberto Julio, “La esperanza revolucionaria”, en: *Alegatos*, número 76, septiembre-diciembre, Revista del departamento de Derecho de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco, 2010.

Chaunfraut-Duchet, M. F.,(1998) *El sistema interaccional del relato de vida*, [Trad. María Jiménez], Universidad Fracois Rabelais (TOURS)

Dahrendorf, Ralf, (1974) *Sociología de la Industria y de la Empresa*, [Trad. Carlos Gerhard], 2° ed., Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana, México, 1974.

Díaz de Kuri, Martha y Calos Viesca Treviño [Coord.], (2010), *historia del Hospital General de México, 1905-2010*, 2° ed., Hospital General de México, México.

De la Cueva, Mario, (1977), *El nuevo derecho mexicano del trabajo. Historia, principios fundamentales, derecho individual y trabajos especiales*, Tomo I, 4° ed., Porrúa, México.

De Gortari Eli *et. al.*, (1971), *Principios de Lógica*, Grijalbo, México, [Colección 70].

De la Fuente, Juan Ramón y Rodolfo Rodríguez Carranza (coord.), (1996) *La educación médica y la salud en México, Siglo XXI*, México, [Salud y sociedad].

De la Garza Toledo, Enrique M. (1988a) “El positivismo, polémica y crisis” en: *Hacia una Metodología de la Reconstrucción*. M. A. Porrúa. México.

De la Garza Toledo, Enrique M. (1988b) "El método del concreto-abstracto-concreto" n: *Hacia una Metodología de la Reconstrucción*. M. A. Porrúa. México.

De la Garza Toledo, Enrique, (2010c) *Hacia un concepto ampliado de trabajo: Del concepto clásico al con clásico*, Anthropos-UAM, España, [Cuadernos A, de innovación social].

De la Garza, Enrique M. (2011d) "La poco fundamentada Graunded Theory" en: *Tratado de Metodología de las Ciencias Sociales*. Fondo de Cultura Económica, México.

De la Garza, Enrique M. (2011e) "Metodología Marxista y su Herencia en el Configuracionismo" en: *Tratado de Metodología de las Ciencias Sociales*. Fondo de Cultura Económica, México.

De la Garza Toledo, Enrique, *et. al.* (2010), "La querella de las Identidades: ¿pasado sistemático, presente fragmentario?", en: De la Garza Enrique y Julio César Neffa, *Trabajo, identidad y acción colectiva*, UAM-Clacso-Plaza y Valdez, México.

Eliot, P., (1975) *La sociología de las profesiones*, Tecnos, España.

Engels, F., "El papel del trabajo en la transformación del mono en Hombre", (1969), en Marx, K. y F. Engels, *Obras Escogidas*, Moscú.

Ferrarais, Maurizio, (2002), *Historia de la hermenéutica*, [Armando Perea Cortés], Siglo XXI, México.

Fernández del Castillo Francisco, (1946), *El Hospital General de México. Antecedentes y Evolución*, Primer Congreso mexicano de Medicina, Instituto para la Organización de Congresos Médicos, México, 1946

Fromm, Erich, (1969), “Conciencia y sociedad industrial”, en: *La sociedad industrial contemporánea*, [Trad. Margarita Suzan Prieto y Julieta Campos], 3° ed., Siglo XXI, México.

Foucault, Michel, (1996), *El nacimiento de la clínica. Una Arqueología a la mirada clínica*. [Trad. Francisca Perujo], Siglo XXI, México.

Foucault, Michel, (2002b), *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, [Trad. Aurelio Garzón del Camino], Siglo XXI Argentina, Buenos Aires.

Foucault, Michel, “el ojo del Poder”, en: Jeremías Bentham, (1979) *El panóptico*, La piqueta, Madrid, [Colección Genealogía del Poder].

Gadamer, Hans-George, (1996) *El estado oculto de la salud*, [Trad. Naila Machain], Gedisa, Barcelona- España.

García Mangas, José Alberto y Alberto Lifshitz, (2010), “Educación, práctica médica y calidad de vida”, Lifshitz, Alberto y Lydia Zerón (Coord.), *Los retos de la educación médica en México*, Tomo I, Academia Nacional de Educación Médica, México.

Giménez, Gilberto, (1981), *Poder, estado y discurso*, UNAM, México.

Gramsci, Antonio, (1998), *Cuadernos de la Cárcel: Literatura y Vida Nacional*, 3° ed., Vol. 4, Juan Pablos, México.

Goffman, Eving, (2001), *Internados. Situación social sobre los enfermos mentales*, [Trad. María Antonia Oyuela], Amorrortu, Argentina.

González, Martínez José Francisco y Ángel Ignacio León Paoletti, *El reto de ser Médico*, 2009, Editorial especial para Bayer-Schering Pharma, México.

Habermas, Jurgüen, (1998) *Teoría de la Acción comunicativa*, [Trad. Manuel Jiménez Redondo], Tomo II, Taurus, Madrid, [Ensayistas 279].

Hamel, Rainer Enrique, (1984) “Análisis Conversacional” en: *Estudios de Lingüística Aplicada*, Centro de Estudios de Lenguas Extranjeras, UNAM, Año 2, número 3, Enero.

Hegel, G. W. F., (1996a), *Fenomenología del espíritu*, [Trad. Wenseslao Roces], Fondo de Cultura Económica, México.

Hegel, G. W. F., (2004b), *Filosofía del Derecho*, [Angélica Mendoza de Montero], 2° ed., Ediciones Juan Pablos, México.

Heidegger, Martín, (1971) *El ser y el tiempo*, [Trad. José Gaos], Fondo de Cultura Económica, México.

Honneth, Axel, (2010) *Critica del agravio moral. Patologías de la sociedad contemporánea*, [Trad. Peter Storant Diller], Fondo de Cultura Económica-Universidad Autónoma Metropolitana, Argentina.

Jasper, Karl, (2003), *La práctica médica en la era tecnológica*, [Trad. María Antonieta Gregor], Gedisa, Barcelona, España.

Leyva, Gustavo, (2011) “La hermenéutica clásica y su influencia en la Metodología y la epistemología hoy”, en: *Tratado de Metodología de la Ciencias Sociales*, Fondo de Cultura Económica, México.

Lukacs, George, (1970) *Historia y consciencia de clase*, Instituto del Libro, La Habana- Cuba.

Machado, Maria Elena, (1991), “Sociología de las profesiones: Un nuevo enfoque”, en: *Educación Medica y Salud*, número 1°, Vol. 25, enero-marzo, 28-36.

Marti Tusquets, José Luis, (1999), *El descubrimiento científico de la salud*, Antrhopos, Barcelona.

Marx, Carlos, (1968a), *Manuscritos económicos-filosóficos de 1844*, [Trad. Wenceslao Roces], Grijalvo, México.

Marx, Karl, (1971b), *El capital, libro I Capítulo inédito*, [Trad. Pedro Scarón], Siglo XXI, [Serie los clásicos], México, [Biblioteca A].

Marx, Carlos, (1987c) *El capital. Crítica de la economía política*, [Trad. Wenceslao Roces], 2° ed., Fondo de Cultura Económica, Tomo I, México, [Serie estudios económicos].

Marx, Carlos, “Prologo de la contribución a la crítica de la economía política”, en: Marx, Carlos y Federico Engels, (1969) *obras escogidas*, Progreso, Moscú.

Menéndez L., Eduardo, *Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de salud*, en [Línea]: http://www.ms.gba.gov.ar/Residencias/bibliografia/BiblioComun/Modelo_Hegemonico.pdf , revisado el 13/06/2011; 19:00 horas, pp. 7.

Menéndez L., Eduardo, (2005), “El modelo medico y la salud de los trabajadores, en: *salud colectiva*, V.1, número 1, Lanús, enero-abril, [en línea] <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652005000100002&script=>

Nieto Calleja Raúl, (1993) “De la centralidad de los laboral en un orden simbólico” en: *Iztapalapa*, julio-diciembre.

Neffa, Julio César, (1990a), *El proceso de trabajo y la economía del tiempo*, [Prologo de Benjamín Coriat], CREDAL-HVMANITAS, Argentina.

Neffa, J. C., (2006b) “evolución conceptual de la teoría de la regulación”, en: *Teorías sociales y estudios del trabajo*, Anthropos, Barcelona.

Neffa, J. C., (2010c) “La transición de los <<verdaderos empleos>> al trabajo precario”, en: De la Garza Enrique y Julio César Neffa, *Trabajo, identidad y acción colectiva*, UAM-Clacso-Plaza y Valdez, México.

Paredes Sierra Raymundo y Octavio Rivero Serrano, (2003) “Medicina defensiva”; en Rivero Serrano y Miguel Tanimoto (Coord.), *El ejercicio actual de la medicina. Segunda parte*, Siglo XXI-FACMED,

Perelman, Ch.; L. Olbrechts-tyteca (1989) *Tratado de la argumentación. La nueva retórica*. Madrid: Gredos.

Pozas Horcasitas, Ricardo, *La democracia en blanco: El movimiento médico en México, 1964-1965*, Siglo XXI-UNAM, México, [sociología y política], 1993.

Ruiz Olabuenaga, J.I. e Ispizua, M.A. (1989), *La descodificación de la vida cotidiana*. Univ. de Deusto, Bilbao.

Piore, Michael (1983). “El Dualismo Como Respuesta Al Cambio y a la Incertidumbre”, pp. 223-254. En: *El Mercado De Trabajo: Teorías y Aplicaciones En* Toharia, L (Compilador). Madrid: Alianza Universidad.

Schütz, Alfred, (1993), *La construcción significativa del mundo social*, [Trad. Eduardo Prieto], Paidós, España.

Schütz, Alfred, (2003b) *Estudios sobre teoría social*, [Trad. Néstor Minguéz], Amorrotu, Buenos Aires-Argentina.

Schütz, Alfred y Thomas Luckman, (2003), *Las estructuras del mundo de la vida*, Amorrotu Editores, Buenos Aires.

Taylor, Frederick W., (1998), *Principios de la Administración Científica*, [Trad. Ramón Plazón], Herrero Hermanos Sucs., México.

Touraine, Alain, (2000), *¿Podremos vivir juntos?*, [Trad. Horacio Pons], 2° ed., Fondo de Cultura Económica, México.

Velasco Gómez, Ambrosio, (2000) *Tradiciones naturalistas y hermenéuticas. La filosofía de las Ciencias Sociales*, UNAM, Acatlán, México.

Zemelman, Hugo, (1996), "El paradigma del pensamiento crítico", en: Marini, Mauro y Mágina Millán (Coord.), *Teoría Social Latinoamericana. Cuestiones contemporáneas*, Tomo IV, El caballito, México.

Leyes, reglamentos e informes

Ley Federal del Trabajo

Reglamento por el que se establecen las bases para la realización del internado de pregrado de la licenciatura en medicina, Diario Oficial de la Federación, publicado el 9 de diciembre de 1983.

Reglamento Interno para Internos de Pregrado en el Hospital General de México, 2012 (Circulación restringida).

Norma oficial Mexicana Nom-234-SSA-2003, en línea:
www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/234ssa103.html

Informe de autoevaluación del presidente del Hospital General, enero-junio 2011,
[En línea]:
http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/informes_junta/info_01_11.pdf

Anexo de análisis metodológico en campo

El estudio de campo fue aplicado en el Hospital General de México, en el período de febrero-marzo del presente año mediante los instrumentos de recolección previamente elaborados y congruentes con la metodología planteada en el cuerpo del estudio, los cuales consistieron en: observación directa y participante con registro mediante libreta de campo estilo etnográfico; instrumento cerrado sociodemográfico para entrevistados⁴²; guión de entrevista con índices preestablecidos ; asimismo se contó con el análisis sociológico de instrumentos jurídico-normativos (Cerroni; 1975) de circulación restringida.

En general se trata de un estudio de caso, por ende, se centra en una institución o persona que se considera típica cuya finalidad es el análisis profundo de sus características, manifestaciones y situaciones comunes, pues, se considera que puede llegar a generar mediante inducción aspectos generales que sirvan para identificar factores en otro lugar similar.

Ahora bien, procederé a describir los elementos que sirven de matriz al estudio planteado, se recuerda que el criterio epistemológico que se sigue es la teoría del concreto-abstracto-concreto, entonces, se procedió a realizar observación y abstraerla para poder categorizarla y emitir los resultados obtenidos.

Instrumento de Recolección	Sujeto o lugar de aplicación	Duración	Tipo de información	Ámbito de análisis
Observación directa	Estructura interior y exterior de HGM.	7 días	Cualitativa	Trabajo exploratorio y análisis espacial
Observación participante	3 internos; 3 residentes de	5 días	Cualitativa	Trabajo exploratorio y

⁴² Aquí cabe hacer la aclaración que dicho instrumento fue pensado para aplicarse a la población entera de los sujetos en estudio, sin embargo, no fue permitida la recolección por el departamento administrativo del sitio en análisis, por ende, se prefirió aplicarlo solamente a los sujetos entrevistados para efectos de caracterización e identificación de factores sociodemográficos.

	medicina interna; 1 autoridad administrativa.			breve análisis de las condiciones laborales
Instrumento sociodemográfico	Médicos internos de Pregrado	10 instrumentos	Cualitativa	Análisis de Sociodemográfico de los entrevistados
Instrumento de entrevista abierta	Médicos internos de pregrado	9 con 3 horas, 16 minutos de grabación.	Cualitativa	Análisis de argumentos discursivos
Instrumentos normativos de circulación restringida	Reglamento interior del interno de pregrado HGM	Año lectivo 2012.	---- cualitativa	Análisis jurídico-discursivo estructural.

Guía de observación estructural directa

Objetivo: Registrar elementos simbólicos e históricos del sitio en investigación, en especial estructuras arquitectónicas médicas, las cuales sitúan e infieren al trabajo médico, particularmente porque el lugar hospitalario tiene más de 100 años y a pesar de ello su estructura se mantiene en lo general, aún cuando por causa del terremoto se cayeron varios edificios del lugar. Entonces, la intención del análisis estructural es notar el tipo de estructuras que se encuentran dentro del edificio y qué significados adquieren a través de su interacción constante con los sujetos; es decir, saber si estas afectan al sujeto o simplemente son una característica más dentro del trabajo médico. De igual manera, se pretendió tomar nota del desarrollo del proceso de trabajo médico, ¿cómo se trata a los pacientes?; ¿cómo identificar al interno médico de otro interno?; ¿si existe estandarización en el proceso de

trabajo?; ¿qué tipo de medios de control existen dentro del hospital para los médicos internos?; ¿qué tanta congruencia o veracidad hay en el discurso médico contrastado por la observación directa?

Duración: fue aproximadamente de siete días, en los que se estuvo recorriendo el hospital en la parte posterior como en el circuito interior, sin entrar en interacción con otros sujetos.

Justificación: me pareció importante poder realizar observación porque el trabajo médico se desarrolla en un sitio con características particulares como es un hospital, entonces, aparecen diferentes aspectos de carácter simbólico que quizá no se perciban únicamente por medio de los discursos médicos, digamos, existe una parte objetiva que está independientemente de la conciencia de los sujetos, y que por lo menos para esta investigación parecía indispensable rescatarla. Ahora sé que no puede acercarse a un trabajo etnográfico tan sólo por el tiempo de observación, pues, para poder comprender la cultura de algún lugar quizá se haya requerido un año por lo menos de observación constante; sin embargo, en el presente caso los médicos internos están en servicio sólo por un año, podría entenderse que a pesar de no haber estado tanto tiempo se puede recolectar algo de información por el proceso acelerado de adaptación que tiene que haber de los sujetos en estudio; es decir, los médicos internos de pregrado no pueden darse el lujo, por así decirlo, de adaptarse hasta medio internado, sino deben acostumbrarse desde el primer servicio, aspecto que resulta sumamente interesante si tomamos en cuenta que en ese momento específico es cuando el interno deja de alguna manera de ser “estudiante universitario” para convertirse en médico de guardia.

Sitios Analizados: el hospital y su alrededor; el circuito interno y los edificios que conforman el hospital; el servicio de urgencias, en especial ahí se tuvo la oportunidad de apreciar la parte interna y el proceso de trabajo de los médicos en general.

Forma de recolección: mediante libreta de campo, en donde se fueron registrando los aspectos que me llamaron la atención mediante la observación.

Observaciones: el acceso al hospital fue un poco complicado, toda vez que a causa de ser un sitio para *enfermos*, por así decirlo, no hay puerta abierta para todo el que deba acceder, por ende, se tuvo que recurrir, mientras se realizaba el trámite administrativo para acceder, a establecer relaciones de confianza con el personal de seguridad y con algún personal administrativo, por ello, considero la validez del estudio en el sentido de haber podido observar prácticamente “la cocina del lugar”.

Guía de observación participante

Objetivo: interactuar con sujetos del sitio hospitalario dentro del ámbito de sus actividades a efecto de poder lograr una relación de confianza y así registrar nociones y sentimientos en torno al trabajo, aunque es importante señalar que dicha observación no será centrada en los sujetos en investigación, sino además se incluyó otro tipo de personal como residentes y administrativos, quienes conviven de manera directa con los sujetos en estudio, ya que así se puede rescatar diferentes perspectivas sobre el interno de pregrado, lo cual puede otorgar mayor objetividad al caso en el momento del contraste entre lo observado, lo dicho y cómo lo ven los demás.

Duración: aproximadamente 4 días enteros con los sujetos, un día con interno del politécnico adscrito a medicina interna; otro con dos internas, una de UAEM y otra de UNAM adscritas a geriatría; otro con residentes de primer año, adscritos a medicina interna; respecto de esta estancia fue sumamente interesante, pues, pude observar desde el “cuarto de médicos” las relaciones internas entre éstos, ya que dos médicos internos estaban al servicio de éstos; otra fue con el jefe de

biblioteca, con quien realicé varias visitas y pláticas extensas, en particular porque pertenece al área de la ciencias sociales y hubo empatía por el estudio.

Justificación: el presente estudio está fundado por la corriente filosófica llamada hermenéutica, que si bien es cierto es de carácter filosófico, también se ha complementado con las teorías sociológicas provenientes de Max Weber y su definición de *Verstehen* y la fenomenología, por ello, la importancia de interactuar no sólo con el sujeto en estudio sino además con otros sujetos con quienes trabaja y que comparten un mundo en común, el hospitalario; es decir, saben el ambiente y cultura que impregna el lugar, captan el sentido cotidiano de las palabras, pues, se encuentran inmersos en los mismos significados que se adquieren a lo largo del tiempo, incluso quizá conozcan más del sitio que los mismos internos, por tanto, el rescate de tales discursos me parece una buena referencia para tener una comprensión más amplia del lugar y sujetos en estudio.

Sitios o sujetos analizados: se enfocó en 3 internos, un hombre y dos mujeres, el primero proveniente del politécnico y las otras dos UAEM y FES-Zaragoza respectivamente; 3 residentes, una mujer y dos hombres, la primera FACMED y los otros dos FES-IZTACALA, y un administrativo, hombre jefe de la biblioteca.

Forma de recolección: registro en libreta de campo de las pláticas y percepciones obtenidas mediante diálogos, toda vez que ninguno de los entrevistados estuvo de acuerdo en ser grabado.

Observaciones: el estudio participante fue sumamente interesante, pues, por medio de acompañar tanto a los internos como a los residentes aprendí mucho acerca de sus relaciones internas, sus orígenes y forma de mirar la vida, sin embargo, el tiempo que pude estar con ellos fue breve y tal vez no suficiente para poder hacer un análisis cultural al respecto, además de no conocerlos en sus momentos de presión o enojo porque generalmente fueron amables y a pesar de

algunos incidentes que sufrieron con familiares de pacientes me pareció a veces fingidas ciertas actitudes.

Instrumento sociodemográfico

Objetivo: captar los orígenes sociales, económicos, geográficos y culturales de los sujetos en estudio, cuya finalidad fue otorgar validez a nuestro estudio, toda vez que si bien no se pudo aplicar el instrumento a toda la población (144 MIPS), sí se logró aplicar a los entrevistados con grabación y sin grabación, aspecto que ayuda a comprender el sitio en donde se está pisando; es decir, a quién le pregunto y cómo evaluar sus respuestas, pues, al sólo entrevistarlos de manera superficial puede haber actos de dramaturgia que sesguen la aplicación del estudio, entonces, el instrumento a pesar de ser cerrado tiene características cualitativas, pues, nos servirá como complemento de las entrevistas que generan discurso-datos, para poder realizar su análisis y contextualizar su resultado.

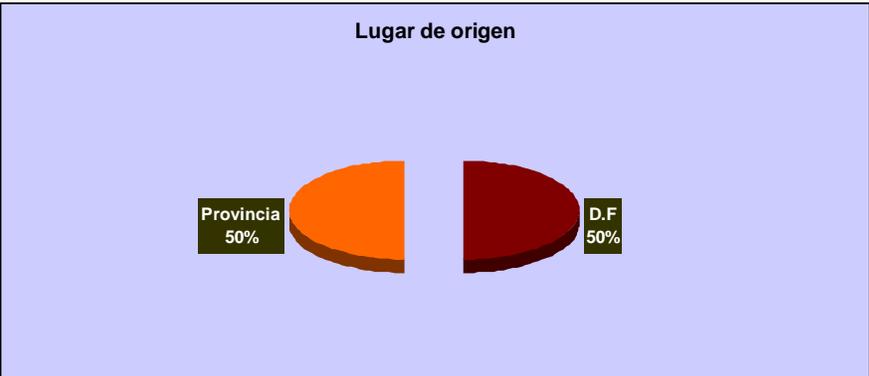
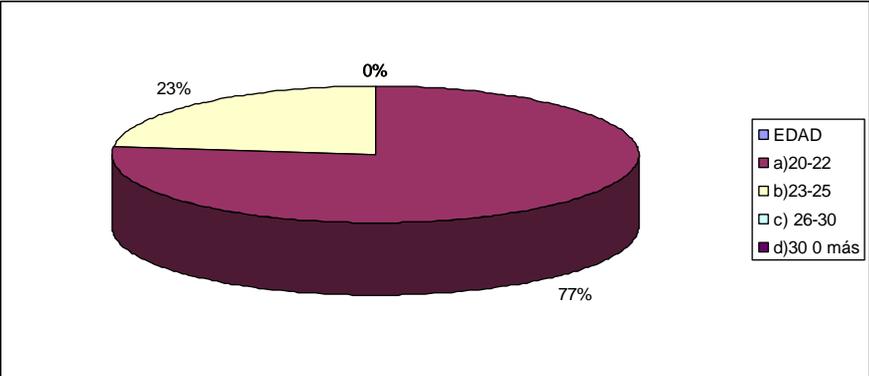
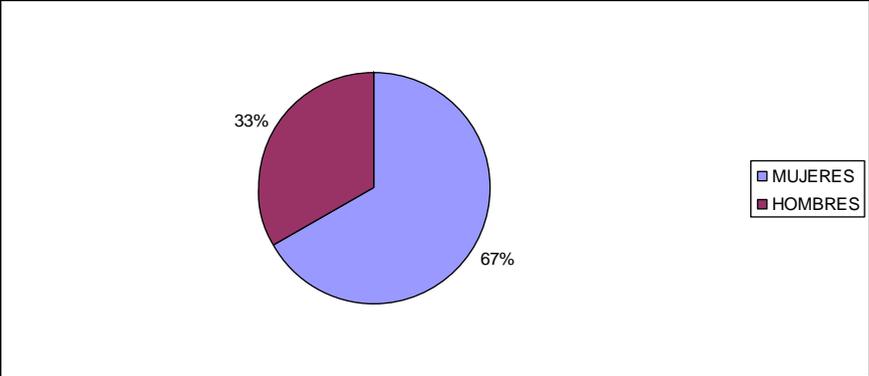
Contenido: 12 instrumentos, consistentes en 15 preguntas de opción cerrada la mayoría, aplicadas de la siguiente manera:

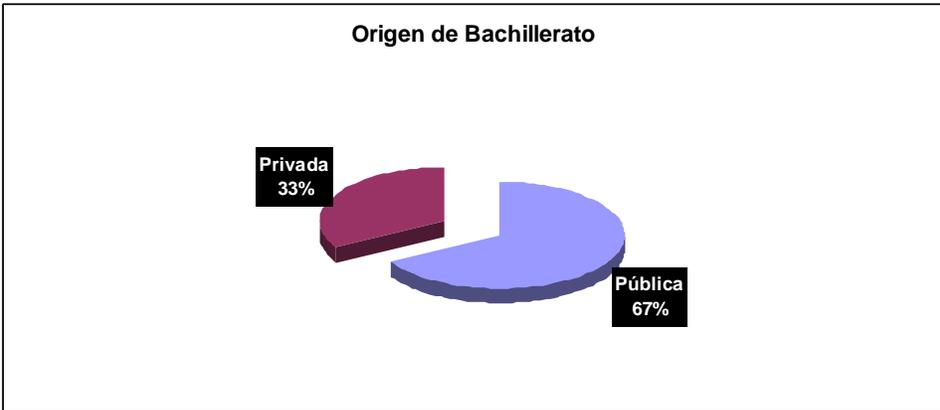
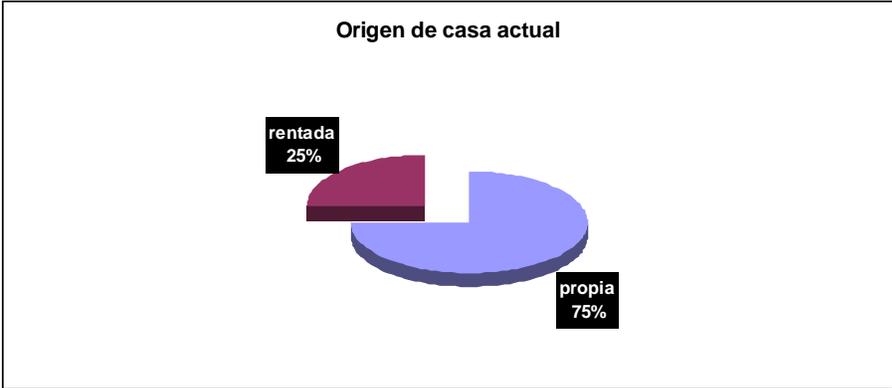
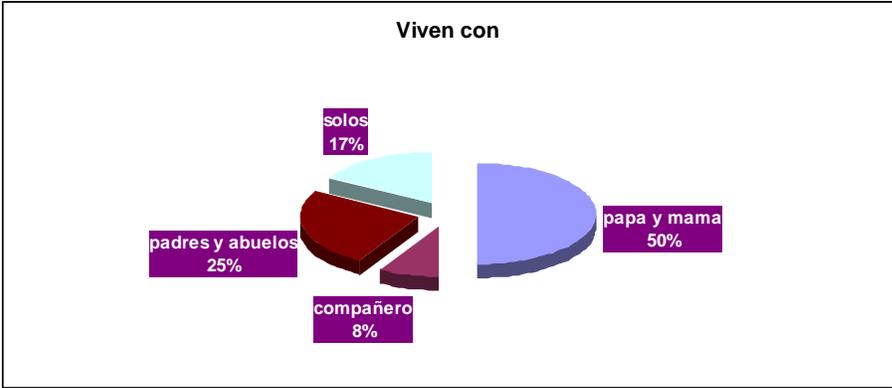
UNIVERSIDAD	MUJERES	HOMBRES
FACMED	0	2
FES-ZARAGOZA	2	1
FES-IZTACALA	1	0
LA SALLE	0	1
ANAHUAC	1	0
IPN	1	0
BUAP	1	0
UAEM	2	0
TOTAL	8	4

Justificación: La clasificación en los estudios sociales es una constante para poder observar elementos objetivos como origen geográfico, familiar y social, normalmente intuido por el investigador para evaluar su estudio, de tal manera que podrá definir el enfoque que debe adoptarse dependiendo del grupo que analice, pues, si todos provinieran de un solo sitio seguramente responderían similar, pero para evaluar esto se habría necesitado de datos objetivos que respaldaran ello; asimismo, si son sujetos de lugares más dispersos quizá el investigador pueda

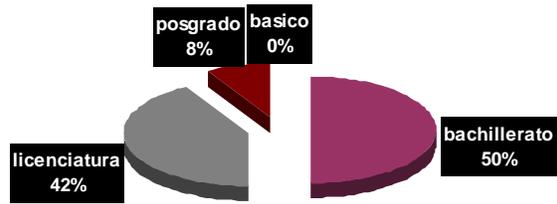
concluir que tiene validez relativa global, los resultados de su investigación serán considerados con los datos objetivos extraídos de las respuestas provenientes de los instrumentos cerrados. Así pues, el estudio en cuestión me permite identificar a los sujetos que se entrevistó.

Resultados Gráficos

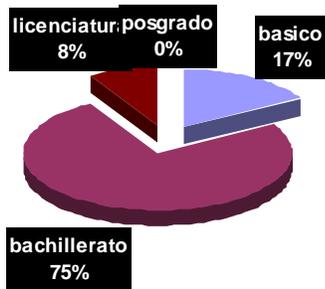




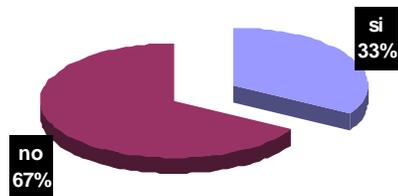
Escolaridad de papá

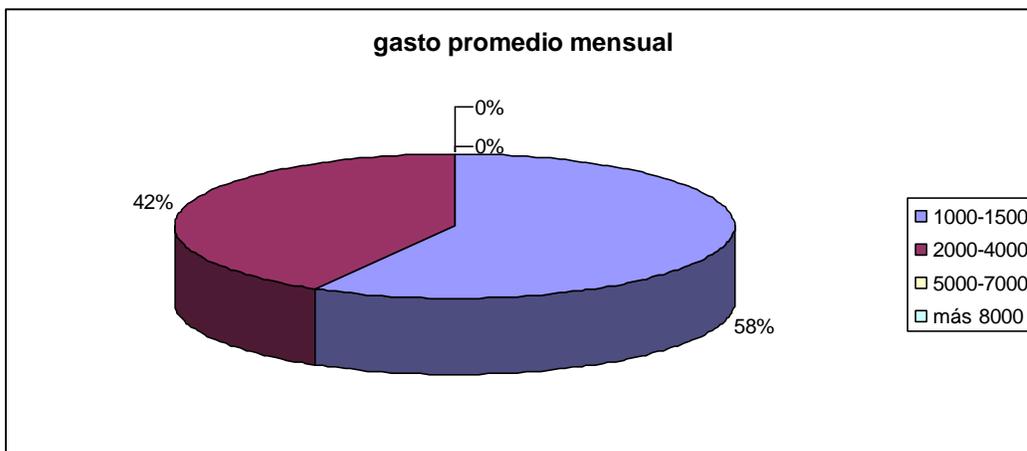


Escolaridad de mamá



Familiares médicos





Desde luego, la información obtenida del presente instrumento se contrastará con la información que se desprenda de los discursos emanados de las entrevistas realizadas; es decir, los resultados del presente instrumento tienen una relación indisoluble con el siguiente instrumento.

Observaciones: a dos sujetos femeninos que no permitieron grabación también se les aplicó el instrumento, asimismo, a un médico interno de la FES-Zaragoza, con quien no se pudo terminar la entrevista, al parecer durante el desarrollo se le aplicó un apercibimiento administrativo.

Guión de entrevistas con índices preestablecidos

Objetivo: generar discurso-datos por medio de entrevistas a profundidad bajo dimensiones pre-establecidas y sustentadas tanto en el apartado metodológico del presente trabajo, así como en la descripción y elaboración de instrumentos, de tal

manera que pueda hacerse el análisis de los argumentos utilizados por el médico interno de pregrado en el sitio hospitalario.

Duración: 9 entrevistas con 3 horas 16 minutos de grabación.

Justificación: la subjetividad de los actores es una configuración de sentimientos, objetos e ideas, por tanto, es un terreno frágil que tiene su exposición por medio del lenguaje, por tanto, y atendiendo a las características de la presente investigación, consideré necesario grabar los discursos dados, que si bien fueron tomados con una guía de entrevista, también lo es que no siempre se cumplió con el formato, la espontaneidad humana y su palabra en ocasiones es impredecible. Se realizó el intento de entrevistar a los sujetos de manera aleatoria, pero intentando guardar un orden que asegurará la expresión de los diferentes sectores, faltando en ese sentido únicamente el proveniente de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, ya que recordemos que las grabaciones se hicieron dentro del centro hospitalario, lugar de no fácil acceso y sobre sujetos que tienen múltiples actividades, y cuando están libres el deseo de dormir impera.

Sujetos y Fechas de Aplicación: Primera entrevistada: 15 de febrero, interna de pregrado de UNAM FES IZTACALA; Segunda entrevistada: 16 de febrero BUAP; Tercera entrevista: 16 de febrero: Superior de Medicina del Politécnico; Cuarta entrevista: 22 de febrero UNAM CU, Quinta entrevista: 2 de marzo Anahuac; Sexta entrevista: Nueve de marzo interna de pregrado de la UAEM. Séptimo: 23 de marzo; interno de La Salle Octavo: 23 de marzo interno de UNAM Zaragoza; Noveno: 23 de marzo interno de UNAM C U.

Instrumentos

El presente apartado tiene como finalidad ordenar y describir los instrumentos de recolección de información extraída del campo de análisis, así pues, coincidente con el desarrollo teórico de la metodología descrita líneas antes y su preferencia

por la investigación cualitativa, resultan pertinentes en la actual investigación un breve formulario a especie de encuesta y un guion de entrevista.

-Guión de Entrevista

La presente entrevista tiene como objetivo conocer los significados que tienen para usted conceptos y aspectos de su práctica cotidiana, como son; las actividades que realiza; las condiciones en que realiza sus actividades; la relación con sus compañeros y maestros; el lugar donde realiza sus actividades, entre otros aspectos.

Los datos que se extraigan de esta entrevista serán utilizados para la investigación que realizo en la UAM-I en el nivel de maestría en Estudios Sociales, donde me interesa conocer aspectos de la práctica médica, desde luego, las entrevistas serán anónimas, sólo se tomarán algunos datos demográficos para efectos del instrumento, pero de ninguna manera se incluirá el nombre del informante.

La entrevista durará aproximadamente 30 minutos y será grabada la conversación, sin embargo, ésta no se exhibirá ni publicará sino solamente el contenido con las restricciones anónimas pertinentes.

Formación académica

- 1.- ¿Cómo eligió la profesión médica?
- 2.- ¿Le gustan los hospitales?
- 3.- ¿Cuándo fue la última vez que fue a su facultad o departamento?
- 4.- ¿Qué piensa de su universidad?
- 5.- ¿De ser posible estudiaría la especialidad? ¿Cuál sería?
- 6.- ¿Así se imaginó el servicio en el hospital? Platíqueme ¿qué le sorprendió?

Significados laborales

- 7 ¿Qué es un interno de pregrado?
- 8.- ¿Podrías decirme cuales son tus actividades?
- 9.- ¿En qué consiste el trabajo de un interno de pregrado?

- 10.- ¿Cuándo atiendes a algún paciente le aclaras que eres un interno de pregrado? ¿Por qué?
- 11.- ¿Cómo crees que sería una buena atención si tú fueras el paciente?
- 12.- ¿Sientes satisfacción en lo que haces? ¿Por qué?
- 13.- ¿Consideras que tus actividades son un trabajo? ¿Por qué?
- 14.- ¿Siempre quisiste ser médico?
- 15.- ¿Si no hubieras estudiado medicina qué te hubiera gustado ser?
- 16.- ¿Existe un protocolo de atención al paciente? ¿Y en caso de que exista hay algo que te incomode de éste?
- 17.- ¿Crees que la profesión médica te dará dinero y estatus? ¿Por qué?
- 18.- ¿Qué opinas del cuerpo humano?

Dimensión laboral

- 19.- ¿Con cuantos pacientes tuvo contacto ayer? ¿Todos son iguales?
- 20.- Platícame sobre tu horario de servicio
- 21.- ¿Qué es una guardia? Platícame qué pasa en una guardia regularmente
- 22.- ¿Qué es un salario? ¿Las becas pueden ser salarios? ¿Por qué?
- 23.- ¿Cuál es el equipo que utilizas para revisar a un paciente normalmente?
- 24.- ¿Existen momentos de descanso? Háblame de ellos
- 25.- ¿Si te enfermas quién te cura?
- 26.- ¿Quién te fija tus actividades? ¿En dónde se establecen?
- 27.- ¿Todos tus compañeros hacen las mismas actividades?
- 28.- ¿Cómo ves a tus compañeros, como auxiliares o competencia?
- 29.- ¿Sientes apoyo de tus compañeros al ejercer tus actividades? ¿Por qué?
- 30.- ¿Qué piensas de tus superiores? ¿Por qué?
- 31.- ¿Te sientes apoyado o vigilado? ¿Por qué?

Relación con el hospital

- 32.- ¿Qué piensas del hospital?
- 33.- ¿Sabes la historia del hospital general?
- 34.- ¿Cómo te sientes en el hospital?

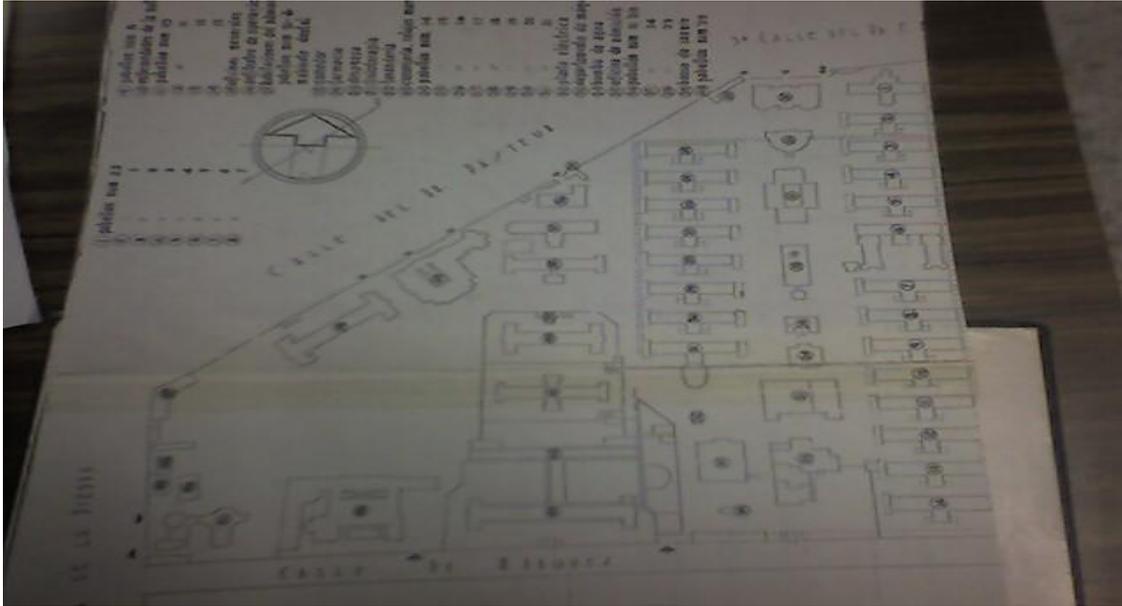
- 35.- ¿Podrías vivir ahí?
- 36.- ¿Cuál es tu lugar favorito en el hospital?
- 37.- ¿Sientes privacidad en la institución?
- 38.- ¿Extrañas tu casa? ¿Por qué?
- 39.- ¿Te gustaría trabajar aquí en la institución? ¿Por qué?
- 40.- ¿Te sientes parte de la institución? ¿Por qué?
- 41.- ¿Qué diferencias crees que hayan pasado en ti desde que entraste a la institución?
- 42.- Si pudieras hacer una crítica constructiva a la institución ¿Cuál sería?
- 43.- ¿Qué otras cosas te proporciona la institución?
- 44.- ¿En dónde te gustaría más ejercer la práctica médica, en el sector privado o público? ¿Por qué?
- Ámbito social
- 45.- Pláticame sobre tu tiempo libre
- 46.- A qué se dedican tus mejores amigos
- 47.- ¿Tienes pareja? ¿A qué se dedica?
- 48.- ¿Qué hiciste el último día de descanso?
- 49.- A qué lugares sales regularmente para divertirte
- 50.- ¿Que te gustaría hacer mañana?
- 51.- ¿Qué temas te gustan platicar cuando no estás en el hospital?
- 52.- ¿Te acuerdas del hospital cuando no estás en él?
- 53.- ¿Si tuviera un color la medicina, cuál sería?
- 54.- ¿Cuál sería el color contrario? ¿Qué profesión significa?

Te agradezco la atención brindada y te reitero que este proyecto tiene finalidades académicas, asimismo, te recuerdo que tu anonimato será garantizado.

CUESTIONARIO BREVE DE APLICACIÓN SENCILLA

Sexo	a) masculino	b)femenino		
Edad	a)20-22	b) 23-25	c) 26-30	d)30- o más
Estado Civil	a) casado(a)	b) soltero (a)		
En que lugar nació	a) Distrito Federal delegación	b) Estado: ¿Cuál? Municipio	c) otra	

PLANO ANTIGUO



PLANO ACTUAL





Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

ACTA DE EXAMEN DE GRADO

No. 00118

Matricula: 210381264

LA CLINICA Y LA BUROCRACIA:
ENTRE LA PRECARIEDAD Y LA
BUSQUEDA DE LA ESTABILIDAD
EN EL TRABAJO MEDICO

En México, D.F., se presentaron a las 11:00 horas del día 26 del mes de julio del año 2012 en la Unidad Iztapalapa de la Universidad Autónoma Metropolitana, los suscritos miembros del jurado:

DR. SERGIO GUADALUPE SANCHEZ DIAZ
DR. RAUL NIETO CALLEJA
MTRO. MANUEL EDUARDO FUENTES MUÑIZ



ROBERTO JULIO CHAVEZ DELGADO
ALUMNO

Bajo la Presidencia del primero y con carácter de Secretario el último, se reunieron para proceder al Examen de Grado cuya denominación aparece al margen, para la obtención del grado de:

MAESTRO EN ESTUDIOS SOCIALES (ESTUDIOS LABORALES)

DE: ROBERTO JULIO CHAVEZ DELGADO

y de acuerdo con el artículo 78 fracción III del Reglamento de Estudios Superiores de la Universidad Autónoma Metropolitana, los miembros del jurado resolvieron:

APROBAR

Acto continuo, el presidente del jurado comunicó al interesado el resultado de la evaluación y, en caso aprobatorio, le fue tomada la protesta.

REVISÓ

LIC. JULIO CESAR DE LARA ISASSI
DIRECTOR DE SISTEMAS ESCOLARES

DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE CSH

DR. JOSÉ OCTAVIO NATERAS DOMINGUEZ

PRESIDENTE

DR. SERGIO GUADALUPE SANCHEZ DIAZ

VOCAL

DR. RAUL NIETO CALLEJA

SECRETARIO

MTRO. MANUEL EDUARDO FUENTES MUÑIZ