

Estudio Antropológico de una Sala de Hospital (*)

Marta A. Crivos (**)

Este trabajo constituye un aporte a la caracterización de una institución hospitalaria desde una perspectiva antropológica. La utilización de los recursos teórico-metodológicos de la antropología en el abordaje de las instituciones, permite integrar las múltiples manifestaciones de la "vida institucional" en una configuración que la distingue en su especificidad y la vincula a proyectos socioculturales más amplios. Desde esta perspectiva, las instituciones de nuestra sociedad son susceptibles de ser analizadas como "pequeñas comunidades" en tanto se organizan como sistemas complejos de interacción en un espacio delimitado en el que se realizan actividades específicas. Estas características hacen de ella un campo propicio para la observación de las formas de interacción entre los miembros de una sociedad para la consecución de determinados fines.

Toda institución se reconoce, en principio, como una "organización racional" coherentemente diseñada y planeada para el cumplimiento de "fines formalmente admitidos y aprobados" (1). Este reconocimiento aparece en el documento de su fundación que ordena su actividad. Por otra parte, podemos acceder a ella a través de su dinámica, de la interrelación entre los diferentes grupos que la componen y que, en sus formas particulares de inserción en ella, configuran el verdadero "mundo institucional".

La investigación que constituye este trabajo se realizó en el año 1973. Hoy resulta una visión parcial y retrospectiva del objeto y, como tal, susceptible de diversas críticas. **Sin embargo, creemos que su valor reside en el particular enfoque de la vida hospitalaria que re-**

sulta de la utilización de los recursos propios de la antropología.(***). Realizar este tipo de descripciones parciales de la dinámica institucional, comparando distintas instituciones o distintos momentos de una misma institución, permitirá ajustar los términos de la descripción y proveerá del corpus necesario para un abordaje sistemático y fructífero de este campo de observación de los fenómenos socioculturales.

El objeto de nuestro estudio es un hospital regional de alto grado de complejidad y especialización —Complejo Regional Tipo 9 según la clasificación de la Subsecretaría de Salud Pública—. Como **Hospital Regional** altamente tecnificado, está capacitado para satisfacer la demanda de atención médica de una vasta extensión de la provincia de Buenos Aires. Como **Hospital de Emergencia** es el único establecimiento estatal que presta este servicio a todo el conurbano de La Plata y, a través de los **consultorios externos**, atiende a vecinos de pocos recursos de una amplia zona de esta ciudad.

El constituir el hospital más importante del área, hace que se firme un convenio con la Universidad local por el que se transforma en Hospital-Escuela, en tanto hace posible la realización de las tareas práctico-docentes de la Facultad de Medicina. Estas tareas se llevan a cabo en todo el complejo: la gran mayoría de las salas de los distintos pabellones albergan a cátedras de la Facultad y, a la organización correspondiente a la administración del hospital (Jefe de Sala, Jefe de Sector, Residente, etc.), se superpone la organización docente de la Facultad de Medicina (profesor titular, adjunto, jefe de trabajos prácticos, etc.). El hospital se estructura, entonces, a partir de dos administraciones diferentes: la de la Secretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia y la de la Facultad de Medicina.

(*) Trabajo recibido para su publicación el 22/IX/88.

(**) Licenciada en Antropología. Ex-becaria de Formación Superior del CONICET. Profesora adjunta de la Cátedra de Teoría de la Comunicación Social, Univ. Nac. de La Plata.

(***) El subrayado es de la Redacción.

Estas dos administraciones tienen distintos objetivos: una, la prestación del servicio de salud, y la otra, la prestación del servicio educativo. Estos objetivos, que no son contradictorios, resultan a menudo incompatibles en tanto observamos cómo operan en la dinámica institucional. Por ejemplo, la necesidad médico-docente de retener al paciente más allá del tiempo mínimo de recuperación con el propósito de investigar la posterior evolución del caso y las consecuencias de la terapia, se contraponen a la exigencia, por parte de la administración del hospital, de mantener un ritmo ágil de internación, con gran movimiento de pacientes y disponibilidad de camas, lo que implica reducir a un mínimo el tiempo de permanencia de cada paciente en el hospital. En éste y en muchos otros casos vemos cómo, en la práctica, se plantea una contradicción entre la investigación—cómo finalidad de la actividad médico-docente— y la política sanitaria.

Este trabajo intenta una descripción de la dinámica institucional a partir del registro de las actividades en una sala de uno de los pabellones del hospital. La descripción del uso y distribución del espacio y de la organización del tiempo como contexto material de la interacción precede a la caracterización de sus modalidades según la inserción de los distintos individuos y grupos en la estructura organizativa que rige en todo el hospital. Partimos del supuesto de que el estudio de las relaciones que se establecen en la sala entre los distintos sectores del personal y los pacientes, puede conducirnos a la formulación de hipótesis acerca del tipo de relación que vincula la organización hospitalaria en su conjunto al sector de la población al que, en principio, dirige su servicio.

En el relevamiento de los datos fueron empleadas las técnicas tradicionales de la investigación antropológica: observación participante, entrevistas abiertas e informales con miembros de los distintos sectores del personal y los pacientes, y el examen de los registros disponibles acerca de las actividades en la sala. Las observaciones se realizaron durante tres meses, en los que asistí diariamente a la sala bajo la consigna de realizar una investi-

gación acerca de las características socioculturales de los pacientes. La metodología empleada, que implicaba una gradual inserción del observador a través de su presencia continua y cotidiana, y el hecho de que la investigación se centrara exclusivamente en el grupo de los pacientes, facilitó la observación de las interacciones entre los miembros del personal y entre éstos y los pacientes, así como una mayor fluidez en la comunicación entre el observador y la mayor parte de los miembros de la sala, obteniéndose de este modo información acerca de sus percepciones y actitudes recíprocas que no hubiera surgido en entrevistas formales.

Como datos de registro fueron utilizados, en primer término, las historias clínicas: documentos que permiten obtener información de interés para una caracterización de la relación médico-paciente; y, en segundo término, los registros de asistencia del personal y del movimiento de los pacientes en la sala: ingresos, altas y defunciones. A partir de esta documentación fue posible calcular, por ejemplo, el tiempo promedio de internación de los pacientes y obtener porcentajes de reinternación y defunciones. Estos datos fueron de gran ayuda para la delimitación inicial del campo de observación, dado que pusieron en evidencia el poco tiempo de permanencia de los internados en la sala y, por lo tanto, la dificultad de trabajar en profundidad con el grupo de los pacientes,

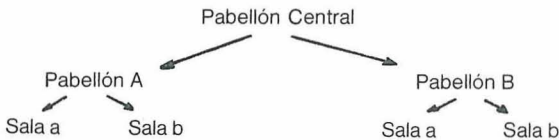
ORGANIZACION GENERAL DEL HOSPITAL

Comunicación entre los pabellones

El hospital consta de seis pabellones; en cada uno de ellos se realizan tareas médicas correspondientes a distintas especialidades: clínica, cirugía, ginecología y obstetricia, etc. Todos dependen, en lo que hace a la organización técnico-administrativa, de uno de los pabellones: el Pabellón Central. La mayoría de los servicios especiales (hemoterapia, radiodiagnóstico, laboratorios, etc.) funcionan junto a los consultorios externos en este pabellón. Mientras que, por una parte, todos los pabellones dependen, en el aspecto técnico-administrativo, del Pabellón Central, observa-

mos que no existe prácticamente ninguna interrelación entre ellos en lo que respecta a decisiones relevantes en el ámbito médico-hospitalario: la interconsulta y la confrontación de "casos" por ejemplo, no son habituales.

A partir de esto podría formularse una primera hipótesis referida al tipo de relación que se establece entre los pabellones como bloques-unidades del complejo estudiado: por una parte, una organización de tipo vertical subordinaria cada pabellón al control técnico-administrativo del Pabellón Central; por otra, no existiría ningún tipo de relación que vincule a los bloques entre sí y a las salas dentro y fuera de cada bloque.



En el gráfico, las flechas dan cuenta de la direccionalidad del control técnico-administrativo.

La verticalidad como forma de relación entre los pabellones supone la aceptación por parte de cada bloque de las decisiones que, en el plano técnico-administrativo, toman las autoridades con sede en el Pabellón Central. No existen relaciones que vinculen "horizontalmente" a las unidades del complejo. Los pabellones y las salas dentro de cada pabellón funcionan como unidades autónomas, celosamente resguardadas de la interacción con otras, donde no es frecuente el movimiento de pacientes de una a otra unidad, aún en "casos" que, por sus características, requerirían de un tratamiento especial que no puede ser abordado exclusivamente por los especialistas de una sola sala.

Vemos entonces que en cada sala se reproduce —en el plano de las decisiones que hacen al diagnóstico y tratamiento de los pacientes— la organización de tipo vertical que caracteriza a la relación de cada pabellón con el pabellón Central en el plano de las decisiones técnico-administrativas.

Esta **atomización** de los sectores que con-

forman la institución se corresponde a una atomización en la concepción y el tratamiento de la enfermedad. El primer diagnóstico, que precede a la internación, consiste en la localización del área afectada; esto implica a su vez su tratamiento en tal o cual área de especialidad, a la que corresponde determinado "espacio" dentro de la institución. Hay un proceso de **reducción** de la enfermedad a áreas mínimas abarcables por alguna de las especialidades que funcionan en el hospital que tiende a la disociación del organismo del enfermo en "zonas" aislables a los fines de una terapia especializada.

LA SALA (*)

Organización del espacio:

De las observaciones realizadas en torno a la distribución y uso del espacio en la sala surge como característica cierta **jerarquización del espacio**, dada por la existencia de locales independientes y de "uso exclusivo" para el sector médico (Sala de Médicos, Escritorio del Titular, Depósito, etc.). Enfermería ocupa espacios muy reducidos, donde apenas cabe el instrumental de trabajo, siendo además estos espacios "invadidos" constantemente por los otros sectores del personal. La Secretaría es un lugar de circulación y punto de confluencia y reunión de casi todos los sectores del personal. El espacio destinado al paciente se reduce a la sala de internación, más precisamente a la cama que cada uno ocupa en ella, debido a que no les está permitido circular libremente.

Organización del tiempo:

En la sala, como en el resto del hospital, el tiempo para la realización de cada actividad está reglamentado en forma rígida. El día se inicia

(*) Por razones de espacio no nos es posible presentar en este artículo la descripción completa de las condiciones espacio-temporales en que se realizan las distintas actividades, así como reproducir los fragmentos de entrevistas y documentación en que se fundan nuestras conclusiones acerca de la dinámica de la interacción en la sala. El lector interesado podrá acceder a este material consultando el trabajo de Licenciatura en Antropología de la autora en la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo de la Universidad Nacional de La Plata.

a las 5 hs. con el cambio de guardia de enfermería y el ingreso del personal de maestranza. A esa hora los pacientes deben levantarse por sus propios medios mientras se realizan las tareas de limpieza: se tienden las camas y se limpian los pisos. Inmediatamente, y una vez reubicados los pacientes en sus respectivas camas, la religiosa de la sala dirige las primeras plegarias del día, instándolos a seguirla en sus oraciones. Luego llega el desayuno.

A las 9 hs. se reinicia la actividad en la sala con la llegada de los médicos de cada sector. El control médico se realiza hasta aproximadamente las 11.30 hs. y en época de exámenes se extiende hasta las primeras horas de la tarde. Enseguida se sirve el almuerzo. Luego hay un nuevo cambio de turno del personal de enfermería y permanecen en la sala los residentes de guardia.

La actividad disminuye durante la tarde, en que tanto el personal médico como el técnico-administrativo se han retirado. Salvo durante el horario de visitas de 15 a 16 hs., el tiempo transcurre lentamente para el paciente, obligado a permanecer en su cama, hasta que a las 18.30 hs. se sirve la cena y se enciende el televisor en la sala. Nuevamente la finalización de la comida coincide con el cambio de turno del personal. Durante la noche permanece en la sala un enfermero de guardia para atender a más de treinta pacientes. Alrededor de las 21 hs. la religiosa apaga el televisor y las luces y reza las plegarias nocturnas.

Este ordenamiento del tiempo responde a la necesidad, por parte de la administración del hospital, de hacer coincidir determinadas actividades con los turnos del personal y elevar así al máximo su rendimiento.

Organización del personal:

Como hemos visto, la organización del personal en la sala resulta de la superposición de dos administraciones diferentes: la que corresponde a la estructura hospitalaria y, en este caso, la de una Cátedra de Clínica Médica de la Facultad de Medicina.

A partir de la observación de las distintas "posiciones" que ocupan los miembros del personal en la sala y su jerarquía relativa, es po-

sible formular una nueva hipótesis acerca de la verticalidad como rasgo que caracteriza la organización interna de cada bloque autónomo que conforma la institución.

En relación a las distintas categorías que agrupan al personal de la sala, aparecen instancias de poder que determinan las actividades de otros grupos. En la escala de poder-prestigio dentro de la sala, cada grupo constituye el mecanismo básico de control de los grupos subordinados.

La superposición de organizaciones tiende a resolverse a través del otorgamiento de los cargos que implican mayor responsabilidad dentro de la estructura hospitalaria, a quienes cumplen las funciones más importantes en la organización docente de la Cátedra.

En la sala podemos delimitar cinco grupos de personal diferenciados por el tipo de tareas que realizan: el personal médico-docente, el personal de enfermería, el personal técnico, el personal administrativo y el personal de maestranza.

Esta diferenciación en grupos de personal corresponde a la estructura hospitalaria general y es común —con algunas modificaciones pertinentes a cada especialidad— al resto de las salas. Algunos grupos —personal médico, personal técnico y personal administrativo— desempeñan a la vez cargos correspondientes a la organización de la Cátedra de Clínica Médica de la Facultad de Medicina; es así como la mayor parte de los miembros del personal médico ocupan a la vez cargos docentes en la Cátedra, entre los miembros del personal técnico hay una radióloga empleada de la Cátedra, y entre el personal administrativo se incluye una secretaria de Cátedra.

Iniciaremos nuestra descripción de las modalidades de interacción entre los miembros de la sala con una breve caracterización de cada uno de los grupos del personal según el tipo de tareas que realizan.

Personal médico: Dentro de la estructura hospitalaria encontramos, en primer lugar, al Jefe de Sala, que en este caso coincide con el cargo de Titular de la Cátedra: es la máxima autoridad, muy respetado y prestigiado como

profesional, especialista en diagnóstico. En orden jerárquico le siguen los Jefes de Sector (2); también suelen ser médicos de prestigio, que se han destacado y ascendido peldaños en la carrera médico-hospitalaria y son, en su mayoría, docentes adscriptos a la Cátedra (Adjuntos, Jefes de Trabajos Prácticos o Ayudantes). Siguiendo el orden jerárquico de la Cátedra se efectúan las suplencias cuando la Jefatura de Sala queda acéfala por viajes u otras ocupaciones del Titular.

La tarea del Jefe de Sala es controlar, en "recorridos" llamadas "diarias" que generalmente son semanales y a veces más espaciadas, el diagnóstico y tratamiento de los pacientes de cada sector. Este control se hace en presencia del Jefe y demás médicos a cargo del mismo, que lo acompañan y discuten con él las alternativas del "caso" y evolución del enfermo. El jefe de Sector coordina, asesora y controla la actividad médica a cargo de los residentes (responsables directos) y de los concurrentes (médicos autorizados a asistir al hospital por el Ministerio de Bienestar Social). Por último, y dentro de la estructura de la Cátedra, se encuentran los estudiantes, quienes comienzan a concurrir periódicamente al hospital a partir de los últimos años de la carrera haciendo su aprendizaje en la manipulación de la enfermedad y del enfermo. Casi siempre llevan una historia clínica paralela a la del médico a cargo del paciente: lo entrevistan día a día, le toman la presión arterial, lo auscultan, le controlan el peso, etc.

Personal de enfermería: Inmediatamente subordinado al sector médico se encuentra el personal de enfermería: cabo enfermero y enfermeras. Es el único sector del personal que es "controlado" por la institución: hay un equipo de supervisores de enfermería y un Jefe de Enfermería general, ubicados en el Pabellón Central. Los supervisores se desplazan por todo el hospital: si algo anda mal, falta alguien en la sala, etc., se llama la atención al responsable: el cabo de la sala.

El cabo enfermero es el responsable del desempeño del personal a su cargo: dos o tres enfermeras por turno. Casi todos los cabos del hospital son hombres, mientras que la mayor

parte del personal de enfermería está constituido por mujeres. El cabo es quien media en la relación entre diferentes sectores del personal: médico/paramédico, médico/técnico, técnico/paramédico; es el rol que articula la interacción entre casi todos los sectores. La tarea y responsabilidad de las enfermeras consiste en la distribución de los medicamentos y en efectuar las curaciones.

Personal de maestranza: Hay pocas mucamas en la Sala de Clínica y su tarea muchas veces debe ser cubierta por la enfermera y hasta por algunos pacientes. La actividad de la mucama es supervisada por la religiosa de la sala.

La religiosa es la encargada del mantenimiento de la sala; atiende ropería y supervisa la limpieza y distribución de alimentos a cargo de la mucama. Además ejerce cierto control sobre las enfermeras, ya que es enfermera diplomada en la Cruz Roja. Su servicio cubre las dos salas ubicadas en el piso: una de mujeres y otra de hombres y su "puesto de control" se encuentra en la sala de mujeres.

Tanto la religiosa como el personal administrativo y técnico constituyen sectores relativamente autónomos.

Personal técnico: Está representado por una radióloga empleada de la Cátedra. El resto de los cargos asignados a este servicio están cubiertos por médicos y el de Endoscopia por el cabo enfermero.

Como miembro del personal técnico se incluye también al asistente social delegado por el Servicio Social del hospital a la sala. Es quien atiende el "aspecto social" del internado: situación económica, medio socio-cultural, etc.; a quien se recurre en caso de que el paciente o su familia no pueda hacerse cargo de la compra de un medicamento o de placas radiográficas, para que constate su situación económica y medie en la obtención de los elementos que sean necesarios ante la Cooperadora del hospital. También es el encargado de cubrir, en algunos casos, las últimas etapas de la internación: destino de los pacientes sin recursos, ancianos o inválidos a otras instituciones que se hagan cargo de ellos, trámites judiciales o conflictos laborales del paciente a causa de su enfermedad, etc.

Personal administrativo: En lo que respecta a la administración hospitalaria, el trabajo es desempeñado por dos secretarios de sala; las tareas administrativas de la Cátedra, por una secretaria: codificación (por tipo de enfermedad y su localización) y archivo de las historias clínicas. El secretario de sala es el encargado de prepararlas y numerarlas, llevar el control del ritmo de internación: altas y bajas por día, atender el teléfono, y otras tareas auxiliares de las actividades médicas.

Relación entre los grupos del personal:

En la sala, observamos una rígida estratificación del personal y notables diferencias y distancias entre los sectores.

En lo que respecta al sector médico existe, como hemos visto, una autoridad absoluta: la del Jefe de Sala y Titular de la Cátedra quien tiene, potencialmente, el derecho a intervenir en cualquier asunto de la sala. La relación de los demás médicos con él es de total dependencia y puramente profesional. No interactúa con el resto del personal: si lo hace es sólo para señalar alguna imperfección, "a la pasada", al cabo de sala o a su suplente efectiva. La relación con el personal técnico o administrativo es del mismo tipo: observaciones que son inmediatamente obedecidas. Cuando se lo consulta responde casi siempre con evasivas o asiente sin escuchar, mientras se dirige apurado a algún sitio. Casi nunca se detiene para conversar con alguien. La actitud e interés puramente didácticos son sus rasgos sobresalientes; es quien da la tónica de la sala, centrada fundamentalmente en la tarea docente. Esto se expresa en las historias clínicas donde encontramos un "sobrestudio de los casos", una gran meticulosidad en el diagnóstico que no guarda correspondencia con la escasa "operatividad terapéutica" del hospital. Leyéndolas, se tiene a veces la impresión de que la enfermedad no se aprehende nunca, atomizada en el análisis de los síntomas, sin llegar a una síntesis totalizadora.

Las decisiones son tomadas por el Jefe de Sala y, en segundo término, por el Jefe de Sector y algunos concurrentes (los de mayor antigüedad). El Residente puede tomar ciertas de-

cisiones, pero las que hacen a un cambio importante en la terapia del paciente o a su alta, generalmente son consultadas y tomadas de hecho por el Jefe de Sector o el Jefe de Sala.

En la sala, la relación entre los médicos es estrictamente profesional. El prestigio es cuidado celosamente en tanto encierra la posibilidad de ascender posiciones en la carrera médico-hospitalaria y docente. Para resguardarlo se evitan consultas y se asume una actitud de suficiencia y seguridad en el propio diagnóstico.

Al Médico Residente, que depende directamente del Jefe de Sector, se le exige más que a los demás médicos, ya que está a cargo del control directo de los pacientes; pero al mismo tiempo, como al estudiante, se lo considera sin autonomía. El Jefe de Sector controla que "sus" residentes cumplan el horario y lleven "al día" las historias clínicas. Cuando esto no ocurre se generan grandes discusiones que culminan, en el peor de los casos, con la renuncia del residente. Por el contrario, la relación del Jefe de Sector con los estudiantes es en general paternalista. Es frecuente que a estudiantes que hace un tiempo están en el sector se los aconseje a partir de los errores de los residentes: cómo se debe llevar una historia clínica en forma correcta, etc.

Esta relación puramente "profesional" entre los médicos en la sala, cambia apenas se cruza la puerta de entrada a la Sala de Médicos. Allí el clima es distinto: se habla de política, de las vacaciones, se hacen "ruedas" para contar chistes. La temática es otra y los intercambios más flexibles y espontáneos.

La relación entre los médicos y el personal técnico está generalmente mediatizada por el cabo enfermero. Con la administración la relación es mínima, excepto entre algunos médicos de mayor antigüedad en la sala y algunos residentes. En general, los médicos van a la Secretaría sólo para atender el teléfono. Uno de los conflictos más frecuentes entre la administración y el sector médico se genera a partir de la retención, por parte de los médicos, de las historias clínicas.

La máxima autoridad del sector de enfermería es el cabo. El médico ordena al cabo la terapia

a seguir con los pacientes a su cargo y éste distribuye las órdenes correspondientes a cada sector. Al cabo se le exige y reconoce como autoridad: debe derivar las indicaciones y el reproche de los médicos a las enfermeras. En este caso, por tratarse de una sala de clínica y ejercer funciones como técnico en el Servicio de Endoscopía, el cabo no tiene mucha relación con los enfermeros: aparece cuando se trata de casos graves, curas urgentes. Sin embargo, en algunas salas de cirugía, donde las curas son más frecuentes, entre el cabo y los enfermos se crean ciertos lazos, y éste se transforma en el eje de la sala, sobre todo por su contacto directo con los pacientes y el control sobre su evolución. Dado que a veces debe realizar curaciones complejas "termina siendo más clínico que el médico" y a él se lo consulta por el estado del paciente.

No existe prácticamente ninguna relación entre el cabo enfermero y el Jefe de Sala. Todas las expectativas del sector de enfermería están centradas en el médico a cargo del paciente, puesto que es él quien les dará las órdenes respecto al régimen de comidas, medicación y demás aspectos de la terapia a seguir. La expectativa de relación con las personas de mayor prestigio dentro de la sala es notoria en aquellos que aspiran a ascender en la carrera médico-hospitalaria; para el grupo de enfermería lo importante es relacionarse con aquellos que contribuyen a que su trabajo sea más "efectivo".

De todos los miembros del personal, el cabo es quien más se relaciona con el resto del sector médico. Una forma de prestigiarse del cabo consiste en la utilización de cierta terminología técnica que exhibe, orgulloso, ante algunos residentes o médicos jóvenes a quienes suele corregir en el diagnóstico o la terapia. Tiene mucha experiencia en el trato y manejo de los pacientes y muchos médicos se lo reconocen.

La "aproximación" del cabo al sector médico es notoria y sentida por el grupo de enfermeras. Al respecto, hemos observado que en la posibilidad de ocupar cargos "superiores" dentro de enfermería, tiene su importancia el sexo. La gran mayoría de los cabos en el hospital son hombres y los enfermeros, que son po-

cos, son considerados futuros cabos atendiendo al aprendizaje del oficio que hacen junto al cabo. En la sala estudiada el cabo y el único enfermero se "armaron" un pequeño despacho en un depósito en el que ordenaron sus papeles. Los únicos que tienen despacho en la sala son el Jefe de Sala, un especialista que es Jefe de Sector y los administrativos. El tener un despacho no "contaminado" con los frascos e instrumental de enfermería, con una mesa para papeles, sería acercarse a un trabajo más jerarquizado y, al mismo tiempo, diferenciarse del "sector femenino" de enfermería.

Para el médico el rol de la enfermera es difuso. Le recrimina tanto un descuido en la medicación como la falta de limpieza y, en algunos casos, hasta la mala pintura de las camas. Habría cierta idea entre los médicos de que la mucama, o en este caso el pintor, dependen de la enfermera. Además es muy factible que la enfermera tenga que realizar tareas de limpieza ante la falta de personal de maestranza. Esto hace bastante difícil distinguir entre la enfermera y la mucama. Hace un tiempo les fue cambiado el color de los guardapolvos para ayudar a reconocerlas. Empieza a ser necesario reforzar su reconocimiento por una "marca" más que por el trabajo que realizan.

Entre los médicos residentes y la enfermería la relación es más fluida. La enfermera se siente gratificada al poder dar indicaciones acerca de aspectos de la terapia a médicos que recién se inician. Desde el médico a la enfermera la comunicación referida al paciente es una "orden". En un primer momento la indicación es oral; las enfermeras, por una cuestión de control de su trabajo y para dejar alguna constancia, piden que se les escriba y pegan los papeles en los "transparentes" de enfermería, y si está relacionado con la dieta, en el "office".

La enfermera tiene cierta autoridad sobre la mucama, pero no es frecuente que la ejerza; la que se encarga de supervisar todo lo referido a la limpieza es la religiosa de la sala.

La mucama desarrolla muy poca actividad comparada con la de la enfermera: los horarios de limpieza son muy breves, muy temprano por la mañana y a las 18 hs. por la tarde; también ayuda en la distribución de la comida. Durante

la mañana, cuando el resto del personal se encuentra muy atareado, se destaca su pasividad. Sobre el único sector que tiene autoridad es el de los pacientes.

La relación entre el sector médico y el técnico se establece a través del cabo y, en ocasiones, de la secretaria de la sala.

Los empleados administrativos —secretarios de sala y de cátedra— se vinculan con casi todos los sectores, excepto con los enfermos. Secretaria es un centro de reunión. Los únicos que no la frecuentan son la parte más jerarquizada del sector médico (Jefe de Sala, Jefe de Sector y algunos concurrentes) y las muca-mas. La relación del personal administrativo con el médico es en general buena pero "guardando las distancias". La vinculación más estrecha la establecen con los miembros del personal técnico. Hay "escapadas" a tomar mate a Secretaría de Cátedra con la técnica de rayos cuando no está el Jefe de Sala. Existe también una buena relación con las enfermeras y el cabo. Hay cierta complacencia en criticar al sector médico cuando se reúnen. El secretario protesta por las historias clínicas y la enfermera por la sobrecarga de trabajo. También con la religiosa la relación es buena: cuando se reúnen se repite la crítica al sector médico que caracteriza a las reuniones con las enfermeras.

Las religiosas se mueven con independencia en la sala. Gozan de la autoridad que emana de su condición y de cierta "apropiación" de la sala a partir de una larga permanencia en ella. La mayoría tienen más de diez años en el hospital y casi siempre permanecen en una misma sala.

Relación entre el personal y los pacientes:

La estructura vertical de la organización del hospital confluye en el paciente. Este se halla sometido a las decisiones que emanan de todos los grupos del personal. Tanto para la administración del hospital como para el sector médico y para-médico, el paciente debe ser fundamentalmente **pasivo** para garantizar su adaptación a condiciones preestablecidas.

Existe una planificación total de lo que va a ser la "vida del paciente" como interno de la sala. Desde el tiempo destinado a las comidas, sueño, higiené, etc. hasta la disponibilidad que

debe observar frente a los requerimientos de cualquier miembro del personal.

El control del tiempo y del espacio en el que se desarrollan las actividades del paciente es ejercido por todo el personal sin excepción y se expresa en el uso de formas imperativas en cuanto éste se comporta de un modo que no se ajusta a lo previsto. Es así como hasta la secretaria de sala, que no cumple funciones que la vinculen de modo directo a los pacientes, al pasar por la sala suele gritar a los que no están en sus camas "como es debido". Este control se acentúa por la mañana, en que se desarrollan las actividades médico-docentes. En este horario al paciente no le es permitido abandonar su cama.

Durante la mañana se suceden, frente a la cama del paciente, las revisiones y los interrogatorios. Estas "encuestas", que abarcan una amplia gama de preguntas, son públicas: grupos de estudiantes y más de un médico las presencian. Esta apropiación de la historia personal del paciente a través de un constante interrogatorio, se contrapone a la actitud del personal ante las preguntas del paciente. A éste no le es posible acceder al "conocimiento" de lo que le está ocurriendo. El paciente no interviene en el desarrollo de la enfermedad tal como es visto y tratado por la institución. Llega al hospital porque se siente enfermo, pero el desarrollo de la enfermedad a partir de su internación, le es ajeno. El hospital se apropia de la enfermedad: un dolor de cabeza se convierte en algo extraño que aparece retraducido e inaccesible en formularios y placas: el significado que para la persona tenía su malestar es desplazado por otro que pertenece a un código que sólo maneja el hospital, código hermético que escapa a su posibilidad de comprensión. Las preguntas del paciente acerca de su estado son respondidas, si lo son, con evasivas a un "no se preocupe" que se contradice con las consultas y discusiones de los médicos acerca del diagnóstico y los cambios en la terapia. Esto produce en el paciente una gran inseguridad: la enfermedad como factor de inseguridad es un producto del hospital.

La interacción entre el médico y el paciente se limita a los interrogatorios y revisiones de

rutina que se realizan en el horario destinado a las tareas docentes y de control médico. En estas revisiones participan, generalmente, más de un médico y grupos de estudiantes que hacen su práctica en la sala. Consisten en la descripción, por parte del médico residente a cargo del "caso", de los síntomas y últimas alternativas de la enfermedad. El paciente es destapado, se lo desnuda y se lo mueve señalando las áreas afectadas al resto de los observadores, todo esto sin intercambiar una palabra con él ni responder las preguntas que, de vez en cuando, hace sobre su estado. El paciente es presentado como "una anemia", "uná nefritis", o el número de historia clínica que se supone los alumnos han consultado.

El objetivo de la práctica médica en el hospital resulta ser el "conocimiento" de la enfermedad y no la salud del enfermo. La más clara manifestación de este interés cognoscitivo la constituye la Historia Clínica. Es un documento que detalla la evolución del paciente desde su ingreso al hospital hasta su egreso. Se inicia con una serie de ítems acerca de sus antecedentes: se privilegian los patológicos, pero unas pocas preguntas se dirigen a la caracterización del medio socio-económico del paciente y a la posibilidad de algún conflicto emocional que lo haya afectado recientemente y pueda vincularse a la enfermedad. Continúa una larga y minuciosa descripción de su aspecto físico: color de la piel, tamaño y forma de ojos, nariz, boca y orejas; medidas, peso, etc. Recién entonces, y como algo totalmente independiente de la primera parte, surge el análisis de los síntomas que presenta al ingresar al hospital y su evolución posterior, seguida día a día por el residente o el médico a cargo del "caso". En una sección aparte constan los resultados de los análisis y comentarios de los médicos.

La historia clínica es celosamente guardada por los médicos, a quienes es útil en sus investigaciones. El registro que lleva la secretaria de cátedra es consultado con frecuencia y muchas veces está incompleto debido a los "olvidos" de los médicos cuando deben restituirlas. La historia clínica es el documento que media en la relación médico/paciente. La tarea del médico consiste en detallar en ellas las

transformaciones del organismo bajo su control; para ello debe efectuar revisiones prolijas y periódicas y preguntar constantemente al enfermo; la tarea del paciente consiste en estar absolutamente a disposición del médico y contestar todas sus preguntas.

El hombre como totalidad psicofísica es ignorado; el foco de interés es su cuerpo en cuanto estructura dañada: al paciente se lo cataloga y atiende en lo que tiene de enfermo, todo lo demás no debe contaminar los datos pertinentes al diagnóstico.

Además, el diagnóstico contribuye a marcar la escisión entre la "enfermedad" y quien la sufre y en cierta medida la controla: el paciente. Este control que en algún grado ejerce el paciente sobre su enfermedad es absolutamente ignorado y descartado en principio como factor relevante; la voluntad del enfermo sólo entra en consideración cuando el caso está clínicamente perdido o los intentos terapéuticos no dan resultado: entonces es el paciente quien "no pone la voluntad suficiente" o "se entrega", etc.

Es sólo en tanto portador de la enfermedad que el enfermo presenta interés a la mirada del médico; "el enfermo es el accidente de su enfermedad, el objeto transitorio del cual ésta se ha apropiado" (3).

Por último, nos referiremos al tipo de relación que se establece entre el paciente y el grupo que se vincula directamente con él y que permanece todo el día en la sala: el sector de enfermería. La enfermera es quien atiende al paciente en todo lo referido a su terapia: medicamentos, curaciones, etc.; también es quien lo lava y lo atiende en sus quejas. La calidad y frecuencia del contacto con el paciente hace que, en muchos casos, la enfermera sienta intensamente su dolor o su muerte. Sin embargo, su ritmo de trabajo le impide dedicar el tiempo necesario de atención a cada paciente, sobre todo en esta sala, en que dos enfermeras atienden a treinta y cuatro pacientes. Además ya hemos visto cómo, muchas veces, debe hacerse cargo del trabajo de la mucama, lo cual quita tiempo a su tarea.(4)

La disociación mente-cuerpo, que veíamos como característica inherente a la relación mé-

dico/paciente, toma otra dimensión instalándose a nivel de toda la dinámica institucional. Está presente, por ejemplo, en las expectativas que se tienen acerca del tipo de vínculo que debe unir al personal con los pacientes, donde el trato afectuoso por parte del personal es considerado como una "cualidad personal" ajena a su "rol profesional", el cual sólo exige cierta destreza en la manipulación del enfermo para adaptarlo a las exigencias de la institución. Es así como la terapia, higiene y alimentación son tareas que se ejecutan generalmente en forma mecánica sobre los pacientes, con la única finalidad de contribuir al funcionamiento ágil de la "maquinaria hospitalaria".

CONCLUSIONES

Las observaciones anteriores, particularmente las referidas a la organización general y a las interrelaciones entre los miembros del personal, confirman nuestra hipótesis acerca de la verticalidad como característica de la dinámica de la sala.

Esta estructura vertical, al confluir en el paciente, supuesto beneficiario de la institución, produce un fenómeno que podríamos denominar "**inversión de la relación de servicio**". En un primer momento el hospital se postula al servicio del enfermo, en un segundo momento es el paciente quien se encuentra a disposición del hospital.

Esta transformación del **enfermo en paciente** de la institución implica su subordinación a los mecanismos que pone en marcha el hospital y que responden a necesidades ajenas al fin manifiesto que propugna: la recuperación de la salud del enfermo. Se inscriben más bien en criterios de utilización del paciente para fines que trascienden el aspecto "salud" y tienden a su instrumentación como "objeto necesario" para la práctica docente y de investigación (Hospital-Escuela) o como "objeto" fácilmente adecuado al ritmo de actividades propuesto por la Administración para un mejor control y realización de su proyecto de complejo asistencial.

Las observaciones realizadas en la Sala de Clínica dan cuenta, fundamentalmente, de esta

subordinación del paciente. La recuperación de la salud del enfermo se convierte en subsidiaria de la finalidad institucional impuesta por su condición de Hospital-Escuela: la enfermedad como fenómeno a investigar. La salud del paciente es accesoria o, en el mejor de los casos, prueba de la pericia profesional o del triunfo de la "ciencia médica" frente a la "enfermedad", dos entidades autónomas de quienes la producen o son sus portadores. El paciente ya no es el ser humano que sufre y a quien es necesario restituir cierto estado de equilibrio, sino "una meningitis", un "reuma", una "enfermedad" que se ha apropiado de él y cuyos mecanismos hay que conocer contribuyendo así al progreso de la investigación científica y fundamentalmente al incremento de la experiencia y capacitación práctica fundantes del prestigio médico, prestigio que luego va a ser jugado en otros sitios.

El Hospital-Escuela, de esta manera, ahoga al **Hospital**; éste produce una cierta calidad de aprendizaje, no salud o recuperación.

La función docente, el aprendizaje de las condiciones que generan y procesan la enfermedad, que debiera ser sólo un medio para combatirla y lograr así el fin básico, la recuperación del paciente, se convierte aquí en el único fin, reconocido explícitamente por casi todos los sectores del personal.

Por otra parte, el objetivo fundamental de la política administrativa puesta en marcha en el hospital es lograr una reducción de los costos del servicio a través de la optimización del rendimiento del personal y el máximo aprovechamiento del equipamiento disponible. La estructura administrativa hospitalaria tiende a garantizar la adecuación del paciente al ritmo de funcionamiento propuesto, a través de un estricto control de sus actividades y de la delimitación del contexto espacio-temporal en que se llevan a cabo. Este control se manifiesta, como hemos visto, en la organización del espacio; en la distribución del tiempo de acuerdo a los turnos prefijados para el desarrollo de las actividades del personal; en la manipulación del enfermo a partir de su adecuación a horarios de higiene, descanso, alimentación, que deben coincidir con los turnos del personal y que tienden a un

óptimo aprovechamiento de sus tareas; y, fundamentalmente, en el control del ritmo de interacción dado por la exigencia de camas disponibles y la presión que se ejerce en este sentido sobre el sector médico que es, en última instancia, el que decide las altas de los pacientes.

La relación que se establece entre los miembros del personal y los pacientes manifiesta la relación entre la organización hospitalaria y su supuesto beneficiario: el enfermo. Es posible entonces, a partir de la observación de las relaciones entre ambos sectores, formular hipótesis acerca de la relación que vincula la estructura institucional al paciente como sector

al que dirige su servicio. Tanto la organización médico-docente de la cátedra como la estructura administrativa hospitalaria tienden a la instrumentación del paciente quien, en la práctica, ya no es el beneficiario de la institución sino el "objeto" indispensable para la consecución de fines extra-asistenciales.

La investigación, la docencia, la eficiencia del servicio hospitalario, de medios con que contaría el hospital para satisfacer la necesidad de atención integral de la salud de un amplio sector de la población, se convierten en fines en sí mismos en torno a los cuales se articula toda la actividad de la Sala de Clínica.

NOTAS

- (1) Goffman, Erving. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1970, pg. 82.
- (2) La sala está dividida en sectores que contienen de tres a seis camas.
- (3) Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México, Ed. Siglo XXI, 1966, pág. 92.
- (4) William Caudill (*El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica*, Buenos Aires, Ed. Escuela, 1966, cap. I) en su análisis de las dificultades que debe atravesar la enfermera a partir de la ambigüedad de su rol, incluye algunas observaciones que se aplican al rol de la enfermera en la sala de clínica:
- (4) "... tiene el problema... de enfrentar grandes res-

ponsabilidades en ciertas áreas sin la correlativa autoridad... está sujeta a un sistema de subordinación múltiple... dispone de muy poco tiempo para ocuparse de los pacientes... un poco más del 50% del trabajo que realizan las enfermeras profesionales es de naturaleza no profesional...

...Igualmente Devereux y Weiner, al tratar del status ocupacional de las enfermeras, indican que éstas se encuentran atrapadas entre tomar notas sobre el progreso de los pacientes, realizar recorridas de pabellones y limpiar alternativamente pisos y gargantas, no teniendo por lo general ni el tiempo ni la oportunidad de brindar mucho apoyo emocional al paciente. Más aún el apoyo emocional que puede proporcionar es muy a menudo considerado por la enfermera misma y por el hospital en general como subsidiario con respecto a su rol y casi como no-profesional".