Universidad Nacional de Entre Ríos

Facultad de Ciencias de la Educación

Carrera de Licenciatura en Comunicación Social

Entrecruzamientos y sobredeterminaciones de la relación médico-paciente en el Servicio de Consultorios Externos Centralizados del hospital "J. B. Iturraspe".

-Tesis de Grado-

Alumna: Benigni, Analía

Directora: Lic. María Laura Méndez

Fecha de Entrega: Junio de 2002.

“El Yo ya no es amo en su propia casa”

Sigmund Freud.

“Un trabajo no es muy divertido si no supone al mismo tiempo
una tentativa para modificar lo que uno piensa e incluso lo que uno es.
[...] Trabajar significa emprender el camino para pensar algo diferente
de lo que hasta entonces se pensaba”.

Michel Foucault.

Índice:

AGRADECIMIENTOS **8**

EXERGO: IMÁGENES CORPÓREAS. **10**

TOMA I: PALABRAS PRELIMINARES **14**

1. CATEGORIZACIÓN TEÓRICA DEL PROBLEMA: **21**

1.1. AMIGOS DE RASHOMON 22
1.2. SOBRE LA NOCIÓN DE IDENTIDAD 26
1.3.SOBRE EL HORIZONTE DISCURSIVO 29
1.4. SOBRE LA CATEGORÍA DE PODER: 31

2. EL ESCENARIO **36**

2.1. CONSIDERACIONES INICIALES 37
2.2.A. UBICACIÓN: 38
2.2.B. ESTRUCTURA EDILICIA: 39
2.2.C. OBJETIVOS: 41
2.2.D. NIVEL DE COMPLEJIDAD: 42
2.2.E. ÁREA PROGRAMÁTICA: 44
2.2.F. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA: 47
2.2.G. RECURSOS FINANCIEROS: 50
2.2.H. DEMANDA ASISTENCIAL: 51
2.3.A EL ROSTRO DE LA IMPOSIBILIDAD 54

3. LA PUESTA EN ESCENA **60**

3.1. INTRODUCCIÓN 61
3.1.A. DEMARCACIÓN 62
3.2.A. MISE - EN – ESÈNE 67
3.2.B. EL RITUAL DE LA CONSULTA 72
3.2.C. ORGANIZACIÓN INTERNA: LOS CHALECOS AZULES. 77
3.2.D. ¿UN CÍRCULO PERFECTO? 82

4. LA ESCENA **86**

4.1. HISTORIA ESCRITA EN PAPEL TISUÉ 87
4.2. CARNE DE HOSPITAL 93
4.3. ENCUENTRO O DES – ENCUENTRO 101

4.3.A. CALLEJONES SIN SALIDA 108
4.4. MEDICINA SIN PALABRAS 110
4.4.A. EL TELÓN DE FONDO 118
4.5. VASOS COMUNICANTES 123
4.6. LAS FISURAS 127

5. CONSIDERACIONES FINALES 133

5.1. TRES COCINEROS Y UN HUEVO FRITO 134
5.2 ANALES DE TITEOS Y SUBJETIVIDADES 136
5.3. HISTORIAS DE PREFECTOS NO VIDENTES Y EVIDENTES MUJERES PACIENTES 141

6. ANEXO: CORPUS 146

6.1. Introducción 147
6.2. Entre Bambalinas 148
PROFESIONALES MÉDICOS 148
A. Office del Servicio de Consultorios Externos 148
B. Sala de Médicos del Servicio de Cirugía 149
C. Consultorio Extrahospitalario 151
USUARIOS / PACIENTES 152
A. Domicilio Particular 153
B. Oficina Servicio Social 154
C. Sala de Espera 155
OTRAS LOCACIONES 156
6.3. El Corpus 157
REFERENCIAS 157
A. Institución Sanitaria: Hospital Iturraspe 159
A. I.1.A 159
A. I.1.B 161
A. I.1.C. 164
A. I.1.D. 166
A. I.1.E. 167
A. I.2.A. 169
A. I.2.B. 172
A. I.2.C. 175
A. I.2.D. 176
A. I.2.E. 177
A.II.1.A 179

A.II.1.B. 179
A.II.1.C 181
A.II.1.D. 181
A.II.1.E. 183
A.II.2.A. 184
A.II.2.B 186
A.II.2.C. 187
A.II.2.D. 190
A.II.2.E. 190
B. Modalidad de Atención en el Servicio de C. E. C. 192
B. I.1.A 192
B. I.1.B. 195
B. I.1.C. 197
B. I.1.D. 199
B. I.1.E. 203
B. I.2.A. 205
B. I.2.B. 208
B. I.2.C. 211
B. I.2.D. 213
B. I.2.E. 214
B.II.1.A. 218
B.II.1.B. 220
B.II.1.C. 221
B.II.1.D. 222
B.II.1.E 224
B.II.2.A. 225
B.II.2.B 227
B.II.2.C. 231
B.II.2.D. 234
B.II.2.E. 236
C. Representaciones de la imagen del usuario / paciente. 238
Autorepresentaciones. 238
C.I.1.A 238
C.I.1.B. 240
C.I.1.C. 244
C.I.1.D. 247
C.I.1.E. 251

C.I.2.A. 254
C.I.2.B. 258
C.I.2.C. 259
C.I.2.E. 261
C. Representaciones de la imagen del profesional médico. 266
Autorepresentaciones 266
C. II.1.A. 266
C. II.1.B. 269
C. II.1.C. 270
C. II.1.D. 274
C. II.1.E. 279
C. II.2.A. 282
C. II.2.B 287
C. II.2.C. 292
C. II.2.D. 296
C. II.2.E. 296
D. Instancia Diagnóstica 299
D.I.1.A 299
D.I.1.B. 301
D.I.1.C. 303
D.I.1.D. 306
D.I.1.E. 308
D.I.2.A. 310
D.I.2.B. 312
D.I.2.C. 321
D.I.2.D. 322
D.I.2.E. 324
D.II.1.A. 327
D.II.1.B. 331
D. II.1.C. 332
D. II.1.D. 335
D. II.1.E. 337
D. II.2.A. 339
Hijo Hemofílico *341*
D. II.2.B. 344
D. II.2.C. 352
Paciente Cardiológico *356*

D. II.2.D..... 358
D. II.2.E..... 360
Cuestionario Profesionales Médicos..... *363*
Cuestionario Usuarios / Pacientes..... *365*
7. OTROS ANEXOS..... 367
7.1. OTROS ANEXOS A: ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE CONSULTORIOS EXTERNOS CENTRALIZADOS..... 368
7.2. OTROS ANEXOS B: ORGANIZACIÓN ESPACIAL DEL SERVICIO DE CONSULTORIOS EXTERNOS CENTRALIZADOS. 372
7.3. OTROS ANEXOS C: ENTREVISTA A LA JEFA DEL PERSONAL NO MÉDICO DEL SERVICIO DE C. E. C..... 375
8. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA: 386

Agradecimientos

En los suburbios de La Habana, llaman al amigo *mi tierra* o *mi sangre*.
En Caracas, el amigo es *mi pana* o *mi llave*: *pana*, por panadería, la fuente del buen pan para las hambres del alma; y *llave* por...
- *Llave, por llave* – me dice Mario Benedetti.
Y me cuenta que cuando vivía en Buenos Aires, en los tiempos del terror, él llevaba cinco llaves ajenas en su llavero: cinco llaves, de cinco casas, de cinco amigos: las llaves que lo salvaron.

Eduardo Galeano.

Siete llaves de siete puertas que brindaron albergue a la solitaria navegante. Llaves que tienen un orden de preferencia arbitrario y egoísta acorde a la necesidad del momento ya que en ocasiones busqué el refugio hogareño con aroma a jazmín en mis sábanas mientras que a veces demandé una voz clarificadora de ideas y en otras clamé una compañía con quien ahogar las penas. Por ello, GRACIAS…

- a la llave – brújula que corresponde a Analía Gerbaudo especie de faro asentado en roca firme, quien me guió en la tempestad (aunque Dante me hace decir: gracias maestro Virgilio por guiarme a través del infierno y el purgatorio);

- a las llaves – voces de los usuarios y profesionales médicos entrevistados porque sus palabras posibilitaron la emergencia de mi voz; como así también, a los integrantes del Comité de Bioética del hospital “J. B. Iturraspe” debido a que sin su colaboración no hubiese podido realizar la presente investigación;

- a la llave – casa: a mi viejo, uno de esos justos de Borges, y a mi vieja, madre deseante, por haber dejado entrar (por la ventana) los siete mares en una Santa Clara de Buena Vista tan secamente pampeana; a la Cari (a quien quisiera algún día poder expresarle mi sincero afecto de hermana menor / mayor) por inundarme de “sentido común”; y a mis abuelas Ita y Tina por las velas prendidas y los rezos proclamados;

• a las llaves – compañera – compañía de mis amiguitas (facultativas) de la vida: a Rosana Ortenzi por la sensibilidad de su arte; a Marijó Royo por el sustento cotidiano; a Valeria Olivetti por su auxilio en la organización del corpus; a Bea Ramírez por recordarme que si tengo capacidad y contenido nada puede faltar; a Romina Kippes por su sinceridad; a Greis Saux por los vinos y alegrías compartidas; a Carolina Atencio por su franqueza no conciliadora y a la Vale Che Pottino por enseñarme a mirar la inmensidad del mar;

• a las llaves – pana: a Natalia Sara por ese abrazo sincero que es la manera más sublime de decir: “Ana, te comprendo”; a Juan Fernández por confiar en mí cuando yo no podía hacerlo; a Osvaldo Quintana (ese amigo del alma) por sus aforismos matutinos de buen encuestador: “no te preocupes por las puertas que se cierran sino por las que se abren”; a Fernanda y Carina (personal no docente de la facultad) por recibirme con un sonriente “buen día” los sábados por la mañana; también quiero agradecer a la Poto, a Félix, a la Nati, a Gilda, a Oscar y a la Porpo por enriquecer mis días y mi trabajo con ideas y esperanzas;

• a las llaves – activista de la buena gente que trabaja día a día en el Servicio Social del hospital Iturraspe: a Elba por enseñarme a manejar el fichero y por citar a los entrevistados, a Mequi por posicionarse / posicionarme de igual a igual, a Niqui por abrir las puertas e invitarme a participar, a Nahir por los mates, a Juan Manuel por la ayuda en la elaboración del organigrama, a Adrián por el material brindado, a Julia por saber siempre donde queda hasta la más remota dependencia y a Liliana por preguntarme sin prisa pero sin pausa: “¿cuánto te falta para terminar la tesis?”;

• a las llaves – luces: a Alba Bielsa por permitir permitirme hacer otra mirada (*diferente* lectura) sobre mí misma y a María Laura Méndez por el tiempo y la dedicación manifiesta en la lectura y corrección del material.

EXERGO: Imágenes Corpóreas.

Individuo con guardapolvo blanco, estetoscopio, andar apurado ingresa, saluda y se sienta en la primera mesa, viniendo de la puerta. Conversa con otros delantales blancos sobre la paciente de la Sala ocho. Otro corta un pastel mientras opina sobre su última cirugía. Estamos en el comedor del hospital Iturraspe, durante la filmación del video: "¿Qué derechos, cuáles obligaciones?": [1]

- ¿Quiénes son?... – nos pregunta una señora con un gracioso sombrero.

- Estamos realizando un video en el hospital, para el Comité de Bioética sobre...

- ¿Quién los autorizó?

- Los integrantes del Comité de Bioética... -como la moza seguía inmutable y el hambre apremiaba sostuve- María Isabel Artigues del Servicio Social y el Dr. Ellena de...

- Y... ¿Estudian medicina?...

- No... -por un instante pensé en explicarle que éramos estudiantes de comunicación social y que veníamos a almorzar, pero como la conversación rozaba los tintes policíacos, intenté omitir la que muy probablemente sería la próxima pregunta: "¿Qué es un Comunicador Social?" ya que siempre demanda un sinnúmero de explicaciones sobre las áreas que abarca, compete, comprende, en fin,

1 El video fue realizado en el marco de la pasantía: "La reflexión crítica sobre las cuestiones éticas en el área de salud: un desafío para la comunicación educativa". Pasantía que se desarrolló durante el período comprendido entre los meses de julio del año 1997 y enero del 1998, siendo el Centro de Aplicación el Comité de Bioética del Hospital "J. B. Iturraspe", de la ciudad de Santa Fe.

comentarios viciosos. Entonces simplemente dije: *"somos periodistas, somos estudiantes de periodismo".*

- Agua fría o natural

- Fría

La interpelación que formula la empleada de la institución, conjuntamente a la respuesta de Juan Carlos, un Sr. diabético, quien ante el interrogatorio sobre su tratamiento asevera: *"¡Ah!, yo no sé porque no pregunto. Total el médico sabe lo que hace. Yo fui carnicero y a mí nadie me decía como tenía que cortar la carne, ni lo ancho de un bife. ¡Qué le voy a enseñar yo!"* constituyen uno de los motivos para comenzar el presente estudio.

Al rodar el audiovisual nos contactamos con el hospital de todos los días. En el recorrido por las salas de internación en busca de una toma o de un personaje para el guión dialogamos con el usuario: *"el paciente de la Sala seis"*, *"el caso social"*, *"el de la cama veintitrés"* y con los profesionales: *"el residente"*, *"el doctor"*, *"el consultor"*. Es esta taxonomía que emerge en el orden de la designación, la manera en que se nombra, el enlace que se establece entre las palabras y las cosas otra de las razones que movilizan el análisis de la constitución de las subjetividades dentro del ámbito hospitalario.

En tercer lugar, y desde el punto de vista comunicacional, consideramos potable analizar la respuesta dada por la institución al paciente, a través de los agentes de salud en general y el médico en particular. Sirva de ejemplo una anécdota de un psiquiatra acerca de un colega:

> Recuerdo a un médico a quien yo le tenía un gran respeto [...] Y de este doctor yo quería aprender, era muy joven, quería aprender todo, cada letra. Pasó un paciente y entonces como éste era un doctor importante le dijo:
> Paciente: - ¿Doctor, qué hora es?
> Médico1: - Las tres y cuarenta y cinco – sin mirar el reloj
> Mientras que eran las once de la mañana. Yo pensé que esto era una técnica, algún tipo de interpretación, que las trece y cuarenta y cinco tenía que ver con la vida del sujeto y le digo: Doctor, ¿Qué es esa técnica que utiliza?

Médico 1: -Si total está loco, para qué tomarse el trabajo de mirar la hora y decirle algo razonable". [2]

En este relato apreciamos que la respuesta del otro condiciona, nos forma y deforma y muchas veces -como en el ejemplo precedente- funciona reforzando la locura.

Ahora, creemos pertinente narrar otra historia de color, vivencia que tiene como escenario al hospital Iturraspe: con motivo de una entrevista con un jefe de servicio[3] presencio una *consulta.* En plena charla, una enfermera golpea la puerta e ingresa manifestando: *"Doctor, lo molesto porque hay una paciente de Santiago del Estero, viene para que le hagan una interconsulta".* La enfermera le alcanza un papel al profesional, quien luego de leerlo exhorta: *"Autorizale estos estudios y que cuando tenga todo vuelva".* Dicho esto, la usuaria, sin entrar en el consultorio ni ser vista por el médico, recibe la *prestación.* [4]

La respuesta institucional perfila un tipo de usuario, induce a adoptar determinados comportamientos, a seguir tal o cual táctica y consideramos válido el estudio de esas prácticas discursivas que configuran al usuario y que constituyen al médico. La cola a la intemperie en busca de un turno para acceder a una prestación y / o los requisitos a cumplimentar para adquirir el dote de caso social son algunas de esas imágenes corpóreas que analizamos.

Cabe destacar que la presente investigación nace de una demanda de quienes, luego de unos años, constituyen mis *pares* en el Comité de Bioética. Al igual que K, el personaje Kafkiano en *El Castillo* muchas veces llegué a preguntarme: *"¿En qué aldea*

---

2 Fragmento de la ponencia del Dr. Eduardo Padilla, en la mesa redonda "La relación médico-paciente y su impacto en la equidad del sistema". Seminario "La Salud en Crisis y el Rescate de la Equidad". 16, 17 y 18 de julio de 1997. Fundación Navarro Viola. Buenos Aires. Impreso por Fundación Navarro Viola. Pág. 221 y 222.

3 En el marco de la Investigación "Panorama Institucional del Hospital Iturraspe" elaborado por el Comité de Bioética (2000).

4 La presente investigación la redactamos en primera persona del plural. Pero cuando hacemos referencia a una vivencia personal o a un episodio que contiene expresiones valorativas o registros axiológicos enunciamos en primera persona del singular.

vine a extraviarme? ¿Acaso hay aquí un castillo?" (Kafka, 1920: 7). Y ellos respondieron *"Ciertamente"* y reconocieron necesitar un comunicador social.

Configuramos este ensayo a modo de *respuesta fundada* de una estudiante de comunicación social a las *respuestas institucionales;* contestación a los decires médicos y saberes occidentales de *"una chica de barrio que entra al cine por no ir a la iglesia."* (Puig, 1976: 160) Estudio que, consideramos, es de gran utilidad para el Comité de Bioética del Hospital Iturraspe, debido -por un lado- a que la temática, la relación médico-paciente en el sistema hospitalario, representa uno de los tópicos claves de la bioética como disciplina. Por el otro, porque los análisis frutos de las relaciones y las conexiones entre la bioética y la comunicación son fructíferos. Creemos que desde la comunicación podemos aportar herramientas teóricas para enriquecer las miradas o mejor dicho, para analizar los viejos problemas desde nuevos puntos de vista.

TOMA I: Palabras Preliminares

En el presente trabajo planteamos, en el marco de la tesis de grado de la carrera de Licenciatura en Comunicación Social, como tema la relación que se establece entre el médico y el paciente en el Servicio de Consultorios Externos Centralizados del hospital "José Bernardo Iturraspe" de la ciudad de Santa Fe.

Comenzamos esta investigación sospechando de las palabras porque sostenemos que quien empieza siendo benevolente con los términos concluye cediendo en las ideas. Por ello y en primer lugar, consideramos conveniente realizar una aclaración en el orden de la designación. La expresión **relación sanitaria** corresponde más acabadamente con el vínculo que se funda entre la persona que asiste al hospital y el empleado de la institución, antes que la denominación médico - enfermo. La nominación relación clínica o sanitaria se sustenta en que el médico no es el único agente de salud que se relaciona con el enfermo, debido a que también participan el empleado administrativo, el enfermero, el camillero y el asistente social, por citar sólo algunos ejemplos. Además, no puede calificarse como enfermo a toda persona que acude al hospital público porque muchos individuos que ingresan a la institución no lo hacen en calidad de enfermos sino que también existe quien quiere conservar su salud o prevenir la morbosidad. En este sentido, el término enfermo es un vocablo problemático porque no cubre el área integral de las personas que entran en relación con el sistema sanitario.

En el presente trabajo de tesis no perseguimos como meta analizar la relación sanitaria sino, específicamente, cómo se configuran discursivamente los vocablos *médico* y *paciente*, en el Servicio de Consultorios Externos Centralizados (en adelante Servicio de C. E. C.) A partir de la perspectiva teórico-metodológica desde la cual

realizamos esta investigación consideramos insostenible pensarlos como entidades dadas a priori, al margen de toda posicionalidad dentro de una cadena discursiva.

Conscientes de que las palabras en sí mismas no son ingenuas sino que imponen interpretaciones, sostenemos que la dicción paciente es poco afortunada. Si bien incluye en su definición a todo individuo que ingresa a una institución hospitalaria, postula que en esa relación hay un sujeto agente, médico, y un sujeto paciente, pasivo. Por ende, creemos pertinente denominar “usuario” a la persona que asiste a la entidad sanitaria debido a que éste tiene la condición de beneficiario del sistema, esté enfermo o no.

Mencionada esta salvedad es preciso explicitar que los vocablos *paciente* y *usuario* son utilizados como sinónimos debido a que el término *paciente* está avalado por el uso, es decir, en la comunidad hospitalaria es la expresión utilizada para designar al individuo que concurre al centro de salud en busca de una prestación. Además, en la literatura normativa del Comité de Bioética del hospital Iturraspe se utiliza a los vocablos *"usuario / paciente"* para referirse a la persona que recurre al sistema sanitario público.[5]

Afirmamos, bajo el amparo de la categoría de poder, (Foucault: 1975a) que la relación entre el médico y el paciente se configura como una relación de poder, entendiendo al poder como “una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social”, que produce sujetos, induce placer, forma saber, más que “como una instancia negativa que tiene como función reprimir”. (Foucault, 1977a: 137)

En "El Círculo Perfecto", film rodado por Ademir Kenovic[6], un personaje, Hansa, cuando está nervioso o cuando siente que tiene hormigas en las manos traza en una hoja en blanco un círculo. Un círculo perfecto. Perfección que se asemeja a la trampa que tiene atrapados a los habitantes de Sarajevo. El presente comentario es un

[5] "Declaración de los Derechos y Deberes del Usuario / Paciente del Hospital Iturraspe". Comité de Bioética. Año 1997.

pretexto para introducir unos interrogantes sobre la mecánica de poder existente en el Servicio de C. E. C.: ¿las tácticas y estrategias que instaura el poder representan una máquina perfecta?, ¿el poder es tan pulcro, prolijo y efectivo que no deja intersticios?, ¿no hay lugar para establecer puntos de resistencia (no entendida en términos de Gran Rechazo)?

Creemos oportuno aclarar que analizar al hospital como una institución disciplinaria (Foucault: 1975a) o entender al poder como constitutivo de las relaciones humanas (Foucault: 1976c) no implica en modo alguno realizar un examen epistemológico de la teoría foucaultiana a partir de su aplicación a un caso, sino que la propuesta es apropiarnos de determinadas categorías del autor francés que nos permitan dar cuenta del régimen de poder existente. Consideramos válido extrapolar conceptos que, a modo de una *caja de herramientas,* posibiliten abrir, abordar, desmantelar, explorar, inspeccionar un nuevo objeto de estudio.

Haremos hincapié en el modo concreto en que se ejerce el poder dentro del consultorio externo, es decir, en las posturas, en la distribución de las salas de espera, en las interminables colas para acceder a un turno que posibilite la consulta. Y creemos que es en esta instancia material, en estas prácticas concretas en donde se constituyen las subjetividades.

A partir de las formulaciones precedentes elegimos como concepto ordenador la categoría teórica de identidad (Laclau: 1990). En este marco pensamos potable anticipar nuestra hipótesis respecto a cómo se constituyen las subjetividades en el ámbito de la consulta ambulatoria: en la relación médico – paciente el profesional de la salud se posiciona en el polo superior y el paciente en el inferior; similar a una situación de mandato / obediencia.

---

[6] Ademir Kenovic: (1997) "El Círculo Perfecto", Bosnia, Francia. (Título original: Savrseni krug)

Ahora bien, cuando queremos enunciar el campo problemático que atraviesa el vínculo que se establece entre el médico y el paciente la tarea se complejiza: las múltiples variables que entrecruzan el campo que atraviesa al objeto de análisis exigen una especificación de los niveles intervinientes en el recorte que hacemos al planteo.

El hospital "J. B. Iturraspe" de la ciudad de Santa Fe configura el terreno de estudio en donde analizamos la relación médico - paciente. Consideramos que la institución sanitaria no representa una invariante en la problemática a abordar, sino que por el contrario la ciñe: trabajar el vínculo entre el facultativo y el usuario en un contexto, entidad pública, supone determinados condicionamientos.

Por eso, en primer lugar, efectuamos un estudio sincrónico del hospital. Lo hacemos desarrollando dos aristas, por un lado, describimos los diferentes aspectos que conforman a la institución sanitaria: dependencias, objetivos, particularidades, marco legal, nivel de complejidad, recursos financieros, estructura edilicia y localización. Por el otro, explicitamos las derivaciones e implicancias que instaura en la atención hospitalaria una institución sanitaria autogestionada.

También describimos cuáles son los grupos sociales que actualmente recurren al servicio público de salud. Desde el punto de vista cuantitativo, ¿la demanda de usuarios que asiste al hospital aumentó, se mantuvo estable o disminuyó con respecto a años anteriores? Bajo una mirada cualitativa, ¿cuáles son los sectores de la sociedad que asisten? Sectores medios empobrecidos, desocupados, trabajadores cuyas obras sociales prestan una cobertura mínima, como así también sectores medios afiliados a medicinas pre-pagas conforman una nueva demanda hospitalaria. [7]

Para ello, hacemos uso de tres fuentes bibliográficas: en primer término, el texto elaborado por Artemio López, Pobres estructurales y nuevos pobres en el Gran Santa

[7] Datos emanados de la División de Estadística del Hospital Iturraspe. En el Período 1992-1996 se ha triplicado la facturación a obras sociales. El detalle que acompaña el informe indica: 1- PAMI. 2- IAPOS (la obra social de los empleados públicos de la provincia). 3- Obras Sociales pequeñas (camioneros, artes gráficos, madereros) y/o Asociaciones Mutuales.

Fe. Acerca de la declinación de la clase media. (López: 1998) donde precisa una configuración socioeconómica de la sociedad santafesina; en segunda instancia, el Resumen de la Producción del hospital Iturraspe, año 1998, proveniente de la División de Estadística del mencionado establecimiento; por último, informes y notas procedentes del Servicio de Facturación y Contaduría del Hospital Iturraspe.

En segundo lugar, estimamos que el Servicio de C. E. C. con sus dieciséis office, altavoces y pasillos configura un espacio propicio para captar la imbricación entre el poder y el saber. Si bien creemos que en los consultorios externos es menos notorio dicho encabalgamiento porque no nos hallamos frente al juego de los horarios de visita, al médico al pie de la cama del convaleciente o los pases de sala, no por ello se halla ausente. Poner de manifiesto los mecanismos y estrategias de la instauración del poder en un usuario ambulante implica remitirnos al límite, a la frontera, allí donde la estructura se hace más débil.

En este sentido consideramos pertinente poner en evidencia la microfísica de poder existente en el mencionado servicio. Para ello, utilizamos la categoría teórica: *examen* (Foucault: 1975a) como un lugar de imbricación de cierta forma de poder ligada a cierta formación de saber.

En tercer lugar, hacemos referencia a la hipótesis que guía nuestro accionar, respecto a cómo se configuran las subjetividades *"médico" y "paciente"* en el Servicio de C. E. C. Para ello desarrollamos entrevistas en profundidad en dos núcleos de trabajo. Por un lado, con profesionales dependientes del área de consultorios externos, en las especialidades de clínica médica y clínica quirúrgica. Por el otro, con los usuarios que asisten al servicio en busca de una prestación.

En el trabajo de campo (segundo semestre del año 2000) entrevistamos a los facultativos que se encuentran cumpliendo sus funciones en los diferentes consultorios y a los consultantes que aguardan en la Sala de Espera del Servicio. Con el propósito de hallar a los pacientes con determinadas características socio-económicas apelamos

al Servicio Social de la institución debido a que quienes no cuentan con los recursos económicos disponibles deben asistir al mencionado servicio.

A partir de las conclusiones parciales derivadas de los tramos de la investigación revisamos nuestra hipótesis respecto a cómo se construye la trama que entrelaza al médico y el paciente en el Servicio de C. E. C. del hospital “J. B. Iturraspe”.

La apuesta consiste, entonces, en analizar las técnicas polimorfas de poder, es decir, en qué formas, a través de qué canales, deslizándose a lo largo de qué discursos, apoyados en qué instituciones el poder llega a internalizarse en las conductas del usuario y del galeno en el área de consultorios externos, “el cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone”. (Foucault, 1975a)

Recapitulando, la labor en el primer apartado estriba en precisar las categorías teóricas que guían el presente trabajo. Enunciar el *marco conceptual* implica afirmar que partimos desde una determinada perspectiva teórico – metodológica. Creemos necesario especificar esa *caja de herramientas* que nos posibilita el abordaje de nuestro objeto de estudio: el vínculo que se establece entre el médico y el paciente en el Servicio de C. E. C. del hospital Iturraspe.

En el capítulo segundo, denominado *el escenario,* la tarea reside en analizar a nivel sincrónico la entidad sanitaria. Con este objetivo, desarrollamos dos aristas: en una describimos diferentes aspectos que conforman a la institución, haciendo hincapié en la demanda asistencial que recurre al hospital. En segundo término, por un lado, especificamos las condiciones de posibilidad / imposibilidad de la emergencia -en la década del noventa- de una institución sanitaria descentralizada y autogestionada. Por el otro, establecemos las implicancias y consecuencias que esta situación acarrea.

En el apartado tercero, *la puesta en escena,* del francés "mise - en - esène" examinamos el Servicio de C. E. C. con la finalidad de evidenciar la microfísica de

poder existente. Para ello, trabajamos en dos instancias. En la primera, demarcamos qué especialidades y cuáles secciones conforman el servicio. En la segunda, damos cuenta de la organización espacial y el funcionamiento del mismo.

En el último capítulo, *la escena*, nos ocupamos de la construcción discursiva de las subjetividades *médico* y *paciente*. A partir de las entrevistas en profundidad realizadas a profesionales y a usuarios / pacientes de la institución analizamos la configuración de las identidades, instancia que nos permite llegar al núcleo de nuestro trabajo ya que abordamos particularmente nuestra hipótesis de partida.

1. CATEGORIZACIÓN TEÓRICA DEL PROBLEMA:

“Somos y no somos lo que fuimos,

ya que nunca fuimos verdaderamente,

siempre estamos en proceso”.

Paulo Freire.

1.1. Amigos de Rashomon

Rashomon[8] cuenta una historia asombrosamente simple pero increíblemente compleja: el relato central habla de la muerte de un samurai y de la supuesta violación de su esposa. Actos presuntamente realizados por un legendario bandido de nombre Tajomaru. Lejos de configurarse en un trhiller donde luego de investigaciones se accede a la verdad de lo sucedido, el film nos narra los incidentes desde cuatro perspectivas: el punto de vista del ladrón, la mujer, el samurai asesinado -con la ayuda de un médium o bruja- y un leñador, quien se proclama como el único observador imparcial de los hechos.

Las narraciones de los testigos en cada uno de las cuatro versiones de la historia comparten caracteres similares, como así también muchos detalles (por ejemplo, todos refieren que en el crimen intervino un puñal de nácar). Pero a la vez se tejen y entretejen cada uno de los relatos con características particulares que difieren de los anteriores: por un lado, encontramos al bandido quien se adjudica la culpabilidad del hecho: “sí, yo lo maté” pero refuta la carga de violación. La mujer afirma que el ladrón la atacó e indica que ante el deshonor, el marido, se suicida. El samurai, con la colaboración de una bruja, expone que la esposa lo abandona por Tajomaru y frente a esa situación deshonrosa opta por la muerte. El único testigo "imparcial", el leñador, refiere una historia con los elementos de los otros tres.[9]

[8] Kurosawa Akira: (1950) “Rashomon”, Japón (Título original: Rashomon)
[9] La ficción se narra en las puertas de Rashomon o también denominado “portal de los demás”, en la antigua Kioto. El edificio se halla devastado producto de una serie de calamidades que azota a la ciudad.

Por medio de la constante reconstrucción de la anécdota principal (la muerte de un samurai) Kurosawa nos pregunta ¿a cuál de los cuatro debemos creerle?; más precisamente, ¿es posible saber cuál es la verdad? [10]

Recuperamos el relato de la película como pretexto que nos permite sostener que en el presente trabajo de investigación no perseguimos hallar la verdad, entendida como correspondencia o adecuación entre los hechos y los enunciados. Concepción en la que subyace la idea de una verdad objetiva independientemente del sujeto y del entramado discursivo, en donde la consigna es descubrir *la* relación médico – paciente, como *el* modo de vinculación.

De lo que se trata, en estas páginas, es de ser un testigo más de los hechos y contar una versión ante el Tribunal; lo que no es sinónimo de abandonar la verdad como posibilidad sino de comprenderla como "el conjunto de reglas según las cuales se distingue lo verdadero de lo falso y se aplica a lo verdadero efectos específicos de poder; y dejando en claro también que no se trata de un combate a favor de la verdad, sino acerca del estatuto de la verdad y el papel económico – político que juega" (Foucault, 1977a: 145). Es más, quienes "afirman que la verdad no existe son espíritus simplistas" (Foucault, 1984a: 231)

Constituirnos en meros testigos que dan su versión del acontecimiento: la construcción discursiva de las subjetividades médico y paciente en el Servicio de C. E. C. no implica de modo alguno sostener que cualquier testimonio o confesión es válido sino que supone dejar en claro que partimos de un determinado andamiaje conceptual y que a partir de él configuramos un núcleo de problemas; declararnos amigos de

[10] Motivó la mirada de la película Rashomon de A. Kurosawa un texto elaborado por Alberto Coffa. Algunas escenas del film le permiten al filósofo argentino retomar el problema del nominalismo y realismo en filosofía, diferenciando a los filósofos entre amigos y enemigos de Rashomon. Ver: Coffa, Alberto (1991) "La filosofía de la ciencia después de kuhn" en Cuadernos de Filosofía, Año XXII, Nro. 35, Mayo 1991. UBA. Ver también: Vallejos, Oscar (1996) "Coffa, la Tradición Semántica y el escape del rashomonismo". U.N.L.

Rashomon equivale a afirmar que nuestra interpretación no es ni la única, ni la correcta.

Pronunciarnos en las filas del rashomonismo entraña, como premisa primera, que la **sociedad** no se configura como una totalidad inteligible, cuyo estatus estaría dado por una esencia del orden social que sería preciso reconocer por detrás de las variaciones empíricas expresadas en la superficie de la vida social. (Laclau, 1990) Lo que conlleva rehusar a una postura esencialista:

> Hoy tendemos a aceptar la infinitud de lo social, es decir, el hecho de que todo sistema estructural es limitado, que está siempre rodeado por un "exceso de sentido" que él es incapaz de dominar y que, en consecuencia, la "sociedad" como objeto unitario e inteligible que funda sus procesos parciales, es una imposibilidad. (Laclau, 1990: 104)

Laclau nos invita a realizar el doble movimiento que su razonamiento implica: por un lado, entender el carácter relacional de toda identidad social y al mismo tiempo renunciar a la fijación de esas identidades en un sistema; en ese caso lo social debe ser entendido como el juego infinito de las diferencias. Por otro lado, la segunda variación consiste en llevar a cabo una fijación que es, en última instancia, imposible:

> Lo social no es tan sólo el infinito juego de las diferencias. Es también el intento de limitar este juego, de domesticar la infinitud, de abarcarla dentro de la infinitud de un orden. Pero este orden ya no presenta la esencia subyacente de lo social; es por el contrario, el intento de actuar sobre lo "social", de Hegemonizarlo. (Laclau, 1990: 104 – 105)

En este sentido, la imposibilidad de lo social no niega la idea de una sutura que la sociedad intenta realizar, soldadura o cicatrización que en última instancia es imposible, pero que se hace viable al proceder a una fijación relativa de lo social a través de la institución de puntos nodales.

Al escribir estas líneas nos preguntamos si afirmar el carácter radicalmente contingente de toda objetividad, no significa simplemente invertir la lógica esencialista de la necesidad y reemplazarla por su otro. Sobre este punto Laclau sostiene que de lo que se trata no es de una *negación frontal* de la necesidad sino de la *subversión* de

la misma porque la eliminación de toda necesidad nos colocaría al borde de un universo indeterminado, y ante la imposibilidad de un discurso coherente.

La ambigüedad y el carácter incompleto de la estructura son concebidos, no como el resultado de una imposibilidad empírica de alcanzar su coherencia específica, sino como algo que "trabaja" desde el comienzo en el interior de la estructura.

Producto de la radicalización de la categoría de contingencia, Laclau llega a tres conclusiones: la primera, sostiene que el sujeto no es otra cosa que la *distancia* entre la estructura indecidible y la decisión; en segundo lugar, que la decisión tiene ontológicamente hablando, un carácter fundante tan primario como el de la estructura a partir de la cual es tomada, ya que no está determinada por está última; por último, que si la decisión tiene lugar entre indecidibles estructurales, el tomarla sólo puede significar la *represión* de las decisiones alternativas que no se realizan. (Laclau, 1990: 47)

En el título de la tesis hablamos de entrecruzamientos y sobredeterminaciones en la relación médico-paciente, lo cual no remite a cualquier proceso de fusión o de mezcla, sino que es por el contrario un tipo de fusión muy preciso, que supone formas de reenvío simbólico y pluralidad de sentidos: "la lógica de la sobredeterminación es la de la crítica a todo tipo de fijación, la de la afirmación del carácter incompleto, abierto y políticamente negociable de toda identidad". (Laclau y Mouffe, 1987: 118)

> Los objetos aparecen articulados, no en tanto que se engarzan como las piezas de un mecanismo de relojería, sino en la medida en que la presencia de unos en otros hace imposible suturar la identidad de ninguno de ellos. (Laclau y Mouffe, 1987 : 118)

Cabe aclarar, que en su obra teorética el autor de *Hegemonía y Estrategia Socialista* reintroduce la noción de totalidad, es decir, concibe a las relaciones sociales como totalidades pero no regidas por un principio subyacente que la unificaría, léase principio determinativo último sino como "un conjunto de efectos totalizantes en el interior de un complejo relacional abierto". (Laclau y Mouffe, 1987: 117)

De tal manera, la realidad es concebida como una articulación compleja de procesos, no necesariamente completa, ni siempre coherente, ni proveniente, ni dirigida hacia una unidad esencial, final o eterna. (Puiggrós, 1990: 25) Este renunciamiento a buscar definiciones últimas y finales o enunciados cuyo propósito es corroborar o refutar la hipótesis de partida configura un presupuesto epistemológico que guía el presente trabajo.

Mientras redactamos este apartado, Laudisi[11], nos interpela exhortando: "[...] rompa usted ese medio pliego de informaciones, que no dice nada, y aquí, en la otra mitad, escriba usted una información concreta y segura [...] una cualquiera. La que más le guste a usted [...] Es por el bien de todos... Quieren una verdad, no importa cuál, con tal de que sea rotunda y categórica... y que sea usted el que la diga" (Pirandello, 1917: 772)

Perplejos pero no ofendidos le decimos que a mal puerto fue en busca de certezas: conscientes de que -enmarcados en esta perspectiva teórico-metodológica- es imposible llenar las preguntas con asertos categóricos, damos lugar a un recorrido minado de incertidumbres; se trata de perforar de dudas los círculos perfectos de afirmaciones acabadas. Este trabajo de investigación configura una apuesta, una jugada que encierra una mirada crítica en la que no sabemos lo resultados pero que constituye una decisión frente a lo indecidible.

1.2. Sobre la noción de Identidad

Al igual que la categoría de sujeto, toda identidad social es contingente y participa del carácter abierto de todo discurso. Esto implica que no podemos definir al concepto

[11] Personaje de la obra *Es así, si a usted le parece* (1917) del dramaturgo italiano Luigi Pirandello. Título original: Cosí é (se vi pare)

“usuario” o a la dicción “facultativo” como nociones dadas a priori. Sostenemos la imposibilidad de una totalidad necesaria en donde tanto las relaciones como las identidades se podrían fijar de una vez para siempre.

De aquí se desprenden dos consecuencias. La primera sostiene que las identidades y sus condiciones de existencia forman un todo inseparable: “puesto que la identidad depende enteramente de condiciones de existencia que son contingentes, su relación con estas últimas es absolutamente necesaria”. (Laclau, 1990: 37) Este juego de palabras atestigua que las identidades lejos de ser categorías trascendentales, son precarias, inestables y sujetas a la articulación y rearticulación en un determinado contexto histórico: su esencia no es nada al margen de los accidentes.

La segunda derivación asevera que la fuerza antagonizante al mismo tiempo que bloquea la plena constitución de la identidad a la que se opone, configura su condición de posibilidad debido a que toda identidad es relacional y no sería lo que es al margen de la relación con la fuerza que la antagoniza.

Comprendemos a la “fuerza antagonizante” no como simple contradicción u oposición sino como una relación “imposible” entre dos términos: cada uno impide al otro lograr su identidad consigo mismo, llegar a ser lo que realmente es. (Slavoj Zizek, 1987)

> [...] para capturar la noción de atagonismo en su dimensión más radical, debemos *invertir* la relación entre sus dos términos: no es el enemigo externo el que me impide alcanzar la identidad conmigo mismo, sino que cada identidad, librada a sí misma, está ya bloqueada, marcada por una imposibilidad, y el dominio externo es simplemente la pequeña pieza, el resto de realidad sobre el que “proyectamos” o “externalizamos” esta intrínseca, inmanente imposibilidad. (Slavoj Zizek, 1987: 259)

El párrafo precedente nos posibilita pensar que “vencer”, “aniquilar”, “abolir” al enemigo o al “otro” con quien mantenemos una relación antagónica no supone alcanzar una entidad completa o positiva ya que aprisionar la noción radicalizada de antagonismo deriva en la experiencia de “la pérdida de la pérdida”: “como puro

antagonismo en el que la negación es conducida al punto de la autorreferencia". (Slavoj Zizek, 1987)

En este marco, hablar del sujeto del antagonismo implica remitirnos a la noción lacaniana del sujeto como "lugar vacío de la estructura": la existencia de un núcleo primero traumático cuya simbolización siempre fracasa. Por ende, configura una categoría abierta, relacional, que no remite a una identidad plena y previa a la relación en la que se constituye como tal.

La construcción discursiva de identidades, que penetra toda la densidad material de las multiformes instituciones, rituales y prácticas sociales puede tener lugar en términos de lógica de la diferencia o bien de lógica de la equivalencia (Laclau y Mouffe). El primero alude al plano sintagmático "a las relaciones entre los términos en una cadena discursiva [en donde] el valor de los signos se establece por la contigüidad con otros signos, de aquí que lo que se enfatiza en este plano sea el orden de sucesión y las posiciones que ocupan los signos en la linealidad de la cadena discursiva. Es en este plano en donde se expande la lógica de la combinación, donde se constituye la diferencialidad y donde opera el desplazamiento de significado de un signo a otro". (Buenfil Burgos, 1994: 46)

La lógica de la equivalencia se relaciona con el plano asociativo o paradigmático que "corresponde a la posibilidad de reemplazar un signo o una cadena de signos por otra sin modificar sustancialmente el sentido dado que hay una relación de sinonimia entre los términos. Los significantes son sustituíbles entre sí ya que comparten significados análogos o equivalentes en un contexto dado". (Buenfil Burgos, 1994: 47)

1.3.Sobre el horizonte discursivo

Al comenzar el apartado anterior hablamos del carácter discursivo de cualquier práctica u objeto, más específicamente mencionamos la construcción discursiva de las identidades “médico” y “enfermo”. Por ello, consideramos pertinente explicitar qué entendemos por **discurso**. Con esta categoría nos referimos a todo proceso de significación que emerge de cualquier configuración social, sin importar su soporte material (lingüístico o extralingüístico), es decir, como significación inherente a toda organización social:

> La capacidad de significar no se limita al lenguaje hablado y escrito, sino que involucra diversos tipos de actos, objetos, relaciones y medios que, a través de algún símbolo, evoquen un concepto. (Buenfil Burgos, 1994: 8)

El párrafo precedente nos remite al *carácter discursivo de lo social* porque toda configuración social es significada al ser apropiada por agentes sociales. Por ende, cualquier ritual, ceremonia, rango de jerarquías, práctica, distribución arquitectónica, emblema, organigrama son susceptibles de ser analizadas como objetos sociales, como discurso.

En la *caja de herramientas* el término “discurso” no reviste una acepción coloquial entendido como ”el conjunto de aseveraciones emitidas por mengano o fulano” sino que integra a cualquier tipo de acto, práctica u objeto que involucre una relación de significación ya que es *en el discurso* donde tal objeto, acto o práctica es definible, pensable y compartible: “el discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse”. (Foucault, 1970: 12)

A partir de las formulaciones precedentes conceptualizamos la noción de discurso como:

- constelación de significados, como estructura abierta, incompleta y precaria que involucra el carácter relacional y diferencial de los elementos y la posibilidad de construir los significados, que puede ser analizado en el plano paradigmático y en el sintagmático,

- discurso como significado cuyo soporte material puede ser lingüístico (oral y escrito) o extralingüístico (gestual, arquitectónico, práctico, icónico, de vestimenta, etc.)

- discurso como condición de comunicación de sentido socialmente compartido y accesible,

- discurso como construcción social de la realidad,

- discurso como accesible por su relación con otros discursos y cuya identidad puede ser accesible mediante el análisis del uso". (Buenfil Burgos, 1994: 8)

Cabe aclarar que al sostener el carácter discursivo de un objeto no ponemos en duda su existencia física. La existencia empírica de los objetos es independiente de su articulación discursiva: una erupción volcánica puede ser vista como un fenómeno de la naturaleza o como el reflejo de la ira de Dios. La especificidad del fenómeno "erupción volcánica" depende de la estructuración en un campo discursivo, lo cual no niega su carácter empírico sino "la afirmación que ellos puedan constituirse como objetos al margen de toda condición discursiva de emergencia". (Laclau y Mouffe, 1987: 123)

El párrafo precedente nos refiere a que no podemos concebir lo empírico fuera de su inserción como objeto de significación, lo que es sinónimo de afirmar que la percepción que tenemos de los objetos se halla construida discursivamente.

1.4. Sobre la categoría de Poder:

Las relaciones sociales –enmarcadas en esta perspectiva- son siempre relaciones contingentes, no necesarias y se constituyen como relaciones de poder. En este punto es preciso detenernos para explicitar a qué nos referimos cuando afirmamos que la trama que se instaura entre el galeno y el usuario configura una relación de poder.

Para ello creemos conveniente hacer referencia a Michel Foucault, más precisamente al autor francés de *La voluntad del Saber* (1976c) y *Vigilar y Castigar* (1975a) antes que al pensador de *La Historia de la Locura en la Época Clásica* (1964)

Diferenciamos dos momentos en la concepción de poder ilustrada por el autor: en sus primeros estudios el pensador francés acepta la concepción tradicional del poder: "como mecanismo esencialmente jurídico, lo que dice la ley, lo que prohíbe, lo que dice no, con toda una letanía de efectos negativos: exclusión, rechazo, barrera, negaciones, ocultaciones, etc." (Foucault, 1977c: 154) En estudios posteriores la visión del poder como sinónimo de lo prohibido resulta insuficiente ante la experiencia concreta de las prisiones:

> el caso de la penalidad me convenció de que el análisis no debía hacerse en términos de derecho precisamente, sino en términos de tecnología, en términos de táctica y estrategia, y es esta sustitución de un esquema jurídico y negativo por otro técnico y estratégico lo que he intentado elaborar en *Vigilar y Castigar* [...] (Foucault, 1977c : 154)

En esta segunda concepción reside la innovación de su planteo debido a que erosiona la imagen esquelética del poder, la que se lo identifica con la prohibición y cuyo principal efecto es la represión:

> Si el poder no fuera más que represivo, si no hiciera otra cosa que decir no, ¿cree usted verdaderamente que llegaríamos a obedecerlo? Lo que hace que el poder se sostenga, que sea aceptado, es sencillamente que no pesa sólo como potencia que dice no, sino que cala de hecho, produce cosas, induce placer, forma saber, produce discursos; hay que considerarlo como una red productiva que pasa a través de todo el cuerpo social en lugar de cómo una instancia negativa que tiene por función reprimir. (Foucault, 1977a: 137)

En este camino de precisar las herramientas de análisis, puntualizar el concepto foucaultiano de poder no es tarea sencilla. Esta palabreja configura un término difícil de manejar, tal vez porque de inmediato nos remite a un sentido.

Consideramos pertinente diferenciar el uso cotidiano del término (relacionado con el "poder político" o "poder económico", es decir, como un fenómeno negativo al que no sólo hay que subvertir sino también suprimir) con la acepción teórica a la que adscribimos. En el presente trabajo de investigación apostamos a comprenderlo como:

> la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del dominio en que se ejercen, y que son constitutivas de su organización; el juego que por medio de luchas y enfrentamientos incesantes las transforma, las refuerza, las invierte; los apoyos que dichas relaciones de fuerza encuentran las unas en las otras, de modo que formen cadena o sistema, o, al contrario, los corrimientos, las contradicciones que aíslan a unas de otras; las estrategias, por último, que las tornan efectivas, y cuyo dibujo general o cristalización institucional toma forma en los aparatos estatales, en la formulación de la ley, en las hegemonías sociales. (Foucault, 1976c: 112)

En el afán de ser nominalistas afirmamos que "el poder es el nombre que se le presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada" (Foucault, 1976c: 113)

Cabe aclarar, que esta noción de poder que utilizamos como herramienta teórica para un mejor abordaje de la problemática deriva en cinco consecuencias. La primera proposición establece que el poder no es una **propiedad** que se posee o se otorga a perpetuidad, "no es algo que se adquiera, arranque o comparta, algo que se conserve o se deje escapar; el poder se ejerce a partir de innumerables puntos, y en el juego de relaciones móviles y no igualitarias". (Foucault, 1976c: 110)

Otra derivación que se encuentra entrelazada a la anterior implica que en el análisis hacemos hincapié en **cómo funciona** el poder, allí en sus prácticas reales y concretas, no estudiarlo en el terreno de la intención o de la decisión, en donde la

pregunta sería ¿quién detenta el poder y qué intenciones tiene? (Foucault, 1976a: 143)[12]

Si las relaciones de poder no son resultado de la opción de un sujeto individual, si no debemos buscar el Estado mayor que gobierna su racionalidad, ni la casta que administra, ni los grupos que controlan los aparatos del Estado; ¿cómo se ejerce el poder?, ¿es producto de una mano invisible que lo produce? Lo que ocurre es que las relaciones de poder son a la vez intencionales y no subjetivas. Ahora bien, ¿qué implica esto?

> No hay poder que se ejerza sin una serie de miras y de objetivos. Pero ello no significa que resulte de la opción o decisión de un sujeto individual. [...] La racionalidad del poder es la de las tácticas a menudo muy explícitas en el nivel en que se inscriben, que encarnándose unas con otras, solicitándose mutuamente y propagándose, encontrando en otras partes sus apoyos y su condición, dibujan finalmente dispositivos de conjunto: ahí, la lógica es aún perfectamente clara, las miras descifrables, y, sin embargo, sucede que no hay nadie para concebirlas y muy pocos para formularlas: carácter implícito de las grandes estrategias anónimas [...] (Foucault, 1976c: 115)

En este punto cabe aclarar que al plantear la problemática del poder, Foucault centraliza su análisis en la mecánica del mismo, es decir, "en el modo en como se ejerce concretamente y en el detalle, con su especificidad, sus técnicas y sus tácticas".

En lo que respecta al orden de los **efectos**, el término represión se contrapone con la concepción de poder a la que adscribimos: "cuando se definen los efectos del poder por la represión se utiliza una concepción puramente jurídica de este poder; se identifica poder con una ley que niega; con la potencia de la prohibición". (Foucault, 1976c: 137)

En cuarto lugar, concebir al poder como negativo, ligado a una definición jurídica y en donde el acento se halla en la censura implica desconocer la **resistencia**. Por el contrario sostenemos que donde hay poder hay resistencia y la entendemos no como

[12] Plantear la problemática en esta línea nos transporta a una película de villanos, en donde una de sus escenas estaría ubicada en la Dirección del Hospital. Allí encontramos al director conjuntamente con sus secuaces, en medio de una nube de humo, planeando detenidamente cada paso, elaborando el plan macabro que guiará sus próximos actos.

dialéctica, como un lugar de “gran rechazo” sino como una multiplicidad de puntos de resistencia:

> Así como la red de las relaciones de poder concluye por construir un espeso tejido que atraviesa los aparatos y las instituciones sin localizarse exactamente en ellos, así también la formación del enjambre de los puntos de resistencia surca las estratificaciones sociales y las unidades individuales. (Foucault, 1976c: 137)

Los puntos de resistencia están presentes aquí y allá, situados en todas partes dentro de la red de poder. Si en este momento realizamos un análisis sincrónico del estado de situación en la relación médico – paciente en el Servicio de C. E. C. –a partir de esta conceptualización- la pregunta a responder no es: ¿la relación médico paciente es asimétrica y paternalista? o ¿a qué grupo dominante sirve la instauración del hospital como tecnología para curar? La tarea cosiste en saber ¿cuáles son las prácticas discursivas en las que se plasma las relaciones de poder?, ¿cómo se constituye la identidad “usuario”?, ¿a través de qué interpelaciones se instituye la subjetividad “médico”?

Como última consecuencia, afirmamos que el concepto de poder como productor va de la mano con la noción de **hegemonía**. Laclau sostiene que para que exista una articulación hegemónica son necesarias dos condiciones: la presencia de fuerzas antagónicas y la inestabilidad de las fronteras que las separan:

> Sólo la presencia de una vasta región de elementos flotantes y su posible articulación a campos opuestos –lo que implica la constante redefinición de éstos últimos- es lo que constituye el terreno que nos permite definir a una práctica como hegemónica. (Laclau y Mouffe, 1987: 157)

En otras palabras, para hablar de hegemonía no es suficiente el momento articulatorio entendido como “la institución de puntos nodales que fijan parcialmente el sentido de lo social en un sistema organizado de diferencias” (Laclau y Mouffe, 1987: 156) sino que es preciso además “que la articulación se verifique a través de un enfrentamiento con prácticas articulatorias antagónicas” (Laclau y Mouffe, 1987: 156) Y a la inversa, no todo antagonismo supone prácticas hegemónicas.

Los autores al precisar el concepto de hegemonía como “un tipo de relación política: una forma, si se quiere de la política; pero no una localización precisable en el campo de una topografía de lo social” (Laclau y Mouffe, 1987: 160) eliminan todo intento de establecer un principio hegemónico unitario, único del cual emergen los efectos. Por ende, en una formación social determinada puede haber una variedad de puntos nodales hegemónicos.

Recapitulando, el concepto de hegemonía supone un campo teórico dominado por la articulación de un conjunto de elementos. Pero la práctica articulatoria no debe entenderse como una articulación necesaria, es decir, no establece los lazos esenciales entre los elementos sino que configura relaciones contingentes, que depende enteramente de aquello que ella niega. Afirmamos nuevamente como presupuesto para referirnos a la noción de hegemonía el carácter incompleto y abierto de lo social.

2. EL ESCENARIO

“Debajo de las multiplicaciones
hay una gota de sangre de pato;
debajo de las divisiones
hay una gota de sangre de marinero;
debajo de las sumas, un río de sangre tierna.”

Federico García Lorca.

2.1. Consideraciones Iniciales

En el presente capítulo realizamos un análisis sincrónico de la institución hospitalaria[13], con el objetivo de establecer las modificaciones e implicancias que genera, en la atención médica, un centro de salud autogestionado y descentralizado.

Configuramos, *el escenario,* en dos instancias o momentos. En el primero, describimos diferentes aspectos que conforman al hospital: ubicación, estructura edilicia, objetivos, nivel de complejidad, área programática, organización administrativa, recursos financieros y demanda asistencial. En el segundo, precisamos las consecuencias de una institución sanitaria descentralizada y autogestionada.

El hospital José Bernardo Iturraspe, al igual que otros establecimientos sanitarios provinciales, pertenece al sector económico terciario por prestar servicios y constituye un ente descentralizado. Por ello, creemos pertinente hacer referencia a la Ley de Descentralización Hospitalaria Nro. 10.608 que prescribe su accionar.

Esta norma provincial promulgada en diciembre de 1990, traza los lineamientos que regulan el funcionamiento de los establecimientos asistenciales con internación dependientes del Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Esta ley, su Decreto reglamentario Nro. 1427 y el Decreto presidencial Nro. 578/93 configuran el marco legal en donde se inscriben los hospitales de autogestión. Están incluidos dentro de este régimen los establecimientos provinciales con niveles de complejidad IX, VIII, VI, IV y III no incorporados al régimen de la Ley Nro. 6.312 (SAMCO)

Ambas resoluciones mantienen el principio, la obligación y responsabilidad del Estado de garantizar la protección de la salud de toda la población:

---

[13] Adscribimos al concepto de institución como sinónimo de establecimiento o unidad organizacional, en un contexto específico de acción.

> El poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia [...] garantizará la eficaz prestación médico asistencial total y gratuita, a las personas imposibilitadas de acceder a alguno de los sistemas de protección para la salud, en virtud de sus escasos recursos. [14]

Por su parte, el Decreto Nro. 578/93 en el artículo Nro. 7 establece que "el Hospital Público de Autogestión (H.P.A.) brindará atención médica en forma igualitaria e indiferenciada a toda la población estando obligado a prestar asistencia a los pacientes carentes de recursos, en forma gratuita en todos sus servicios".[15]

Sostenemos que en sus considerandos estos decretos tienen como meta diseñar un sistema de atención que garantice la equidad, eficiencia y eficacia, poniendo especial énfasis en la optimización de los recursos disponibles y en destacar el protagonismo de la población y del personal de la institución.

A continuación, hacemos referencia a las particularidades que describen a la institución hospitalaria:

2.2.a. Ubicación:

El hospital José Bernardo Iturraspe es una entidad pública dependiente del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la provincia de Santa Fe. Se encuentra dentro de la Zona de Salud Quinta (V). Esta área geográfica que posee una población estimada para el año 1998 de 605.591 habitantes, conformada por los departamentos La Capital, Las Colonias y San Justo, que comprenden respectivamente el 78,7 %, 14,9 % y 6,4 % de la población zonal.

[14] Ley de Descentralización Administrativa Hospitalaria Nro. 10.608. Artículo Nro. 2.
[15] Decreto Nro. 578/93. Artículo Nro. 7.

Entre los establecimientos de la Zona de Salud V, durante el año 1998, figuran con mayor peso porcentual en egresos el Hosp. Dr. J. M. Cullen (27,6 %) y el Hosp. J. B. Iturraspe (26,2 %).[16]

La institución sanitaria se localiza en la zona centro – oeste de la ciudad. Está rodeada de importantes vías urbanas de circulación, Boulevard Pellegrini en su frente, Avenida Freyre hacia el este, calle Paraguay al oeste y Obispo Gelabert al sur.

Las diferentes líneas de transporte público urbano de pasajeros (número 3, 5, 14, 10, 16, 9) que diariamente en su recorrido pasan por Avenida Freire y / o Boulevard Pellegrini posibilitan un fácil acceso desde los distintos barrios de la urbe.

También ingresa por este sector el transporte interurbano proveniente de las ciudades y localidades asentadas en el norte y centro oeste de la provincia de Santa Fe, como por ejemplo San Cristóbal, San Justo, Esperanza, Recreo y Laguna Paiva.

2.2.b. Estructura Edilicia:

La capacidad de internación con que actualmente cuenta el hospital es de doscientas sesenta camas.

En una entrevista con el ingeniero Ángel Carosso, responsable del Departamento de Organización y Administración Hospitalaria dependiente del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la provincia de Santa Fe, apreciamos que, en este momento, la construcción arquitectónica del hospital combina el antiguo diseño de pabellones separados y las ventajas del polibloque: “encontramos salas con un criterio apabellonado conjuntamente con internación en camas. Si bien se tiende a prescindir

[16] Producción Hospitalaria de los Efectores de Salud de la Provincia de Santa Fe. (1998) Dirección General de Estadística de la Provincia de Santa Fe. Pág. 53.

del criterio arquitectónico apabellonado, actualmente podemos afirmar que conviven en un cincuenta por ciento".

El hospital denominado polibloque integra sus distintas áreas según varios bloques de no más de cuatro o cinco pisos, a veces relacionados entre sí mediante galerías o bien constituyendo edificios completamente diferentes.

No debemos confundir a los antiguos hospitales de pabellones con el llamado polibloque debido a que este último representa una nueva concepción arquitectónica donde el enfermo (destinado a internación) se encuentra bloqueado dentro de un espacio que garantiza su atención, brindando al máximo las condiciones de bioseguridad. Ejemplo de ello es que cada habitación destinada a internación tiene capacidad para dos camas y posee baño privado.

Cabe destacar que si bien el bloque configura una unidad autosuficiente, autónoma, funciona como un conjunto orgánico y no como mero dislocamiento de edificios, tal como ocurría con los pabellones separados.

Por su parte, la estructura apabellonada comprende un número elevado de camas por sala. En un extremo de la habitación encontramos el sector de servicios (baños) y en el otro la oficina de enfermería.

En palabras del ingeniero Carosso: "los pabellones eran grandes salones en donde apilaban camas sin ninguna idea de dimensión espacial, ni arquitectónica. Es más, a principio de siglo pasado no se usaban los divisorios, es decir, las cortinas divisorias para que tuvieran un cierto grado de privacidad [...] Un mayor conocimiento en las razones de la infección intrahospitalaria, pensá que en un mismo pabellón convivían diferentes patologías, hizo inviable al sistema apabellonado".

2.2.c. Objetivos:

En lo que respecta a la finalidad perseguida por las instituciones sanitarias públicas, la Ley Provincial de Descentralización Hospitalaria (Nro. 10.608) elaborada en la década del noventa no modifica de manera sustantiva lo establecido en noviembre de 1972, por el Reglamento Básico de Hospitales Generales (decreto Nro. 02542):

> El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia, establecerá la política de salud a la que deberán ajustarse dichos establecimientos para el cumplimiento de sus fines de prevención, recuperación, rehabilitación, docencia e investigación, y garantizará la eficaz prestación médico asistencial total y gratuita, a las personas imposibilitadas de acceder a alguno de los sistemas de protección para la salud, en virtud de sus escasos recursos[17].

El espíritu de la ley tiene como objetivo "transferir la competencia administrativa a los servicios para incrementar la capacidad de gestión, adecuación y resolución local de los problemas de la salud que signifiquen un mejoramiento en la calidad y eficiencia de las prestaciones [...], destacar la incorporación del protagonismo de la población y del personal institucional [...]"[18]

El decreto presidencial Nro. 578/93, en sus considerandos, manifiesta que la prevención, recuperación, rehabilitación, docencia e investigación son los objetivos asignados a los hospitales autogestionados. Como así también hace hincapié en "promover, desarrollar y apoyar la estrategia de atención primaria como componente fundamental de la extensión de la cobertura y de accesibilidad al sistema".

En este punto, destacamos como significativo el protagonismo que se le asigna a la población y al personal institucional en la programación, ejecución y control de los servicios de salud.

---

[17] Ley 10.608 de Descentralización Hospitalaria. Artículo Segundo.
[18] Decreto Reglamentario Nro. 1.427. Ley 10.608 de Descentralización Hospitalaria.

A partir de la lectura de las normas vigentes[19] apreciamos dos objetivos fundamentales: por un lado, la atención médica integral de la comunidad y por el otro, servir de unidad docente y de investigación para las profesiones en salud.

El primero implica que la atención del usuario debe comprenderse desde una perspectiva global. En el proceso de salud-enfermedad convergen múltiples factores: no sólo biológicos, sino también culturales, sociales, religiosos. Esto supone la obligación de las instituciones sanitarias de atender la salud del hombre sano mediante prácticas de promoción y prevención. El segundo, inscribe al hospital como el puesto central en el proceso de enseñanza y formación práctica del médico. Lugar que permita la investigación desinteresada en pos de lograr alternativas en la recuperación del paciente.

Cabe destacar que la Ley Provincial de Descentralización Hospitalaria (Nro. 10.608) y el Decreto Presidencial Nro. 578/93, más que delimitar los fines y objetivos de los hospitales, pretenden establecer mecanismos que permitan una financiación autogestionada del hospital público.

2.2.d. Nivel de Complejidad:

Un artículo elaborado por el Departamento de Organización y Administración Hospitalaria dependiente del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la provincia de Santa Fe define al concepto *nivel de complejidad* como “el número de tareas diferenciadas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por éstas”.

[19] Ley de Descentralización Hospitalaria Nro. 10.608, el Decreto Reglamentario Nro. 1427 y el Decreto Presidencial Nro. 578/93 (Hospital de Autogestión)

El nivel de complejidad configura, entonces, un indicador representativo del funcionamiento global de un establecimiento asistencial.

Contraria a esta postura es la afirmación del Ingeniero Angel Carosso, responsable del Departamento de Organización y Administración Hospitalaria, para quien los niveles de complejidad carecen de importancia: “el indicador de complejidad es un nivel teórico, los hospitales no se ajustan estrictamente a ellos, en algunos casos superan o no alcanzan el nivel teórico preestablecido.”

Mas allá de la disputa sobre la conveniencia o justeza de utilizar al nivel de complejidad como indicador para clasificar las instituciones hospitalarias, a los fines del presente trabajo, consideramos esa taxonomía como válida. El motivo se fundamenta en que es el criterio de demarcación que adopta el Decreto Reglamentario de la Ley Provincial de Descentralización Administrativa Hospitalaria Nro. 10.608 para establecer cuáles instituciones sanitarias quedan incorporadas al régimen de la ley.

Los niveles de complejidad adoptados en la Tercera Reunión de Autoridades de Salud Pública, realizada en la ciudad de Mendoza en el año 1968, son nueve. Es decir, fueron diseñados nueve modelos de “hospital tipo” con el correspondiente nivel de complejidad. Los modelos están ordenados de forma creciente del I al IX, de los cuales el III, IV, VIII y IX tienen internación, siendo los cuatro restantes I, II, V y VII exclusivamente ambulatorios. Éstos últimos son periféricos de otros de mayor complejidad con internación, con los que establecen una relación de coordinación y derivación.

El parámetro por el cual se elabora el nivel de complejidad consiste en determinar cuarenta y una actividades distintas que cubre el conjunto de las tareas del establecimiento, cuyo grado de diferenciación y desarrollo investigado en cada caso recibe un puntaje predeterminado. La suma de los puntos obtenidos para cada actividad expresa el perfil real observado. Se obtiene la complejidad de las actividades finales, intermedias y generales y finalmente la complejidad total del establecimiento

comparando el perfil real observado con los nueve niveles teóricos y se lo clasifica según su mayor grado de semejanza a uno de ellos.

En este ordenamiento, exclusivo de los hospitales generales, el Iturraspe se halla situado en el Nivel VIII. [20]

2.2.e. Área Programática:

Al Área Programática debemos comprenderla desde dos dimensiones. Por un lado, configura el espacio territorial que delimita la intervención del hospital y por el otro,

[20] Las actividades u ocupaciones que comprenden cada uno de los nueve niveles de complejidad son:
Nivel I: Atención exclusivamente ambulatoria, mediante la consulta realizada por el médico general, en forma periódica y programada. Efectúa además acciones de promoción y protección de la salud. Cuenta con atención diaria de enfermería. Nivel II: esta categoría se diferencia de la anterior en que la frecuencia en que se realizan las consultas es diaria y posee atención odontológica periódica. Nivel III: Con internación. Realiza prestaciones en consultorio e internación de medicina general y obstetricia, excluida la cirugía obstétrica. Cuenta con laboratorio y radiología como actividad con personal no especializado. Atención odontológica en forma periódica. Efectúa además acciones de promoción y protección de la salud. Nivel IV: Con internación. Se realizan las actividades correspondientes a las cuatro clínicas básicas: Médica, Quirúrgica, Tocoginecología y Pediátrica, por médicos generales especialmente adiestrados, tanto en consultorio como en internación.Concurren periódicamente médicos de las especialidades críticas: Otorrinolaringología, Oftalmología y Traumatología. A este nivel se practica cirugía como actividad regular y existe una mayor complejidad en los servicios de apoyo. Atención odontológica en forma permanente. Realiza reconocimientos médicos y certificación de ausentismo. Acciones de promoción y protección de la salud. Nivel V: Atención exclusivamente ambulatoria. Prestaciones por médico Clínico, Pediatra y Tocoginecólogo. Cuenta con laboratorio y radiología elementales y atención odontológica permanente. Realiza además acciones de promoción y protección de la salud. Nivel VI: Con internación. Brinda atención en consultorio y en internación en las cuatro clínicas básicas: Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Clínica Pediátrica, Clínica Tocoginecológica y especialidades críticas: Oftalmología, Otorrinolaringología y Traumatología. Realiza prestaciones de rehabilitación programadas para este nivel. Entre los servicios intermedios se cuentan: laboratorio, radiología, hemoterapia, anatomía patológica y anestesiología. Se incorporan a este nivel los siguientes profesionales: dietista o nutricionista y farmacéutico. Cuenta con odontología en forma permanente y se realizan acciones de promoción y protección de la salud. Nivel VII: Atención exclusivamente ambulatoria en las cuatro clínicas básicas y en las especialidades clínicas. Realiza prestaciones de laboratorio, radiología y fisiatría. Realiza además acciones de promoción y protección de la salud. Nivel VIII: Con internación. Cuenta con una amplia gama de especialidades, apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, que en este nivel incluyen servicios como radioterapia, medicina nuclear y cuidados intensivos. Presenta un alto grado de complejidad, que le otorga una autosuficiencia casi completa respecto a las actividades finales e intermedias. Realiza además acciones de promoción de la salud. Nivel IX: Con internación. Este nivel constituye el servicio de máxima complejidad. Cuenta con todos los recursos necesarios para realizar la totalidad de las actividades de atención médica integrada, acorde a los adelantos de la ciencia médica y la tecnología moderna.

constituye el campo de acción en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (en adelante A.P.S.)

El objetivo principal del A.P.S. -según lo expresara en una entrevista Miriam Romero, responsable del área- es satisfacer las necesidades básicas de toda la población y no debe quedar restringido a los grupos marginados, carecientes. Implica la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnología sencilla, con contenidos científicos, puestas al alcance de toda la población.

El Área Programática del hospital Iturraspe ocupa la franja centro-oeste hacia el norte y el sector nordeste de la ciudad, como así también los centros asistenciales de la costa, debido a que -en el segundo semestre del año 1999- fue transferida el área programática del Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”.

Abarca los barrios Villa del Parque, Barranquitas, parte de Villa Hipódromo, Los Hornos, Villa María Selva y Guadalupe Oeste. En lo que respecta a la zona costera comprende San José del Rincón, La Guardia y El Pozo. Resulta difícil delimitar las calles perimetrales por el trazado irregular que el área programática presenta.

La estructura operativa del área programática cuenta con quince centros comunitarios, en los cuales el hospital debe distribuir información, implementar las normativas centrales y realizar controles de gestión. Ellos son: a)- Guadalupe Oeste, b)- Barranquistas Oeste, c)- Los Hornos, d)- Padre Lobo, e)- Quilmes, f)- Alberdi, g)- Setúbal, h)- Policlínico Vecinal, i)- Villa del Parque, j)- La Guardia, k)- Colastiné Norte, l)- San José del Rincón, m)- Rincón Norte, n)- Barrio El Pozo, o)- Gutiérrez Este.

Cada uno de ellos efectúa prestaciones en las especialidades médicas básicas: clínica médica, ginecología, pediatría y obstetricia. La atención es exclusivamente ambulatoria y sólo dos centros -Policlínico Vecinal y San José del Rincón- poseen Servicio de Laboratorio y Odontología, pero sin internación.

La asignación de un área geográfica específica indica que el hospital es responsable de la atención de la salud de un sector de la población especialmente asignado y no un mero receptor de pacientes.

Este concepto nos lleva a considerar el papel de la institución sanitaria como integrante de un sistema regionalizado y racionalizado de atención y no como un organismo aislado en un área sin ordenamiento lógico. Lo cual implica que, por un lado, el ente descentralizado debe implementar las políticas ministeriales en salud y por el otro, definir y promover -a través de la acción del Consejo de Administración- la realización de políticas sanitarias acordes a las carencias y necesidades de los sectores de la comunidad que integran al área programática.

2.2.f. Organización Administrativa:

Conforman la institución sanitaria un total general de 1026 agentes de salud, clasificados en 215 profesionales médicos, 92 profesionales no médicos, 77 técnicos, 284 enfermeras, 119 administrativos, 239 empleados de servicios generales.

El artículo primero de la Ley Nro. 10.608 faculta al poder ejecutivo a organizar “a los establecimientos asistenciales [...] a los efectos de constituirlos en personas públicas estatales, con el consiguiente grado de capacidad administrativa y financiera”. [21] Esta nomenclatura inscribe al hospital Iturraspe como un ente, de carácter público -perteneciente al Estado Provincial-, susceptible de adquirir derechos y contraer obligaciones.

En el marco de la Ley de Descentralización Hospitalaria los organismos sanitarios poseen un mayor grado de autonomía en la toma de decisiones institucionales y en la implementación de las políticas ministeriales debido a la innovadora figura denominada *Consejo de Administración* que da vida al co-gobierno hospitalario.

El cuerpo colegiado, que tiene la responsabilidad de conducir, gerenciar y fijar las pautas para el funcionamiento del hospital, se encuentra conformado por:

- Un representante del Estado que lo preside, designado y removido por el Poder Ejecutivo.

- El Director Médico.

- Un representante del personal, elegido en forma directa por sus pares del establecimiento.

- Un representante de la asociación cooperadora del hospital, o en su defecto, de la entidad similar que en el mismo se desempeñe.

- Un representante del cuerpo profesional del establecimiento elegido en forma directa por sus representados.

- Un representante de las organizaciones institucionales de la comunidad.[22]

> "Los establecimientos incluidos en la Ley no están sujetos jerárquicamente al Ministerio de Salud y Medio Ambiente, pero éste conservará las facultades de dictar las Políticas de Salud y de controlar administrativamente y contablemente a los efectores a fines de velar por la legalidad de los actos administrativos y el cumplimiento de las metas que le han sido encomendadas, para la cual adecuará su estructura". [23]

En este contexto descentralización es sinónimo de democratización: los sectores que participan en el hospital de todos los días -asociación cooperadora, personal del establecimiento, comunidad, Estado provincial- están involucrados en la toma de decisiones; juntos deben "ejercer y conducir la administración del ente y ejecutar todos los actos que sean necesarios para la realización de sus fines".[24]

Consideramos que existe una brecha entre el espíritu de la Ley de Descentralización y lo que acontece en el quehacer hospitalario. En primer lugar, porque en cuestiones administrativas y contables los hospitales descentralizados deben regirse por la Ley de Contabilidad de la Provincia, la cual fue diseñada para una administración fuertemente centralizada. Esta ley condiciona de sobremanera cualquier resolución que el Consejo de Administración ha de dictar, por ejemplo, la posibilidad de comprar equipamiento, mejorar la infraestructura o incluso adquirir materias primas.

En segundo lugar, porque consideramos que para que el gobierno hospitalario cumpla acabadamente con los deberes y atribuciones es indispensable una efectiva participación de los diferentes sectores involucrados en la promulgación de dictámenes y decisorios.

---

[21] Ley 10.608 de Descentralización Hospitalaria. Artículo Primero.
[22] Ley 10.608 de Descentralización Hospitalaria. Artículo Tercero.
[23] Decreto Reglamentario Nro. 1.427. Artículo 5.
[24] Ley de Descentralización Hospitalaria Nro. 10.608. Artículo 7. Inciso "a".

Esto implica que la institución debe capacitar a sus representantes con el fin de clarificar el rol que deben desempañar como integrantes de un cuerpo colegiado, generar métodos de control de las gestiones y propiciar mecanismos para que la información y las propuestas puedan distribuirse y discutirse en forma democrática por la mayoría de los integrantes que la conforman. Para ello es necesario que los efectores de salud reciban el traslado de las responsabilidades del órgano central con la consecuente partida de recursos económicos que permitan implementar las normas y brindar la capacitación necesaria a sus integrantes:

> Si bien el hospital se encuentra regido por la Ley de Descentralización, esto no es una empresa descentralizada. ¿Por qué? Porque depende en muchos aspectos de su funcionamiento del nivel central que es el Ministerio de Salud. Considero más preciso denominarlo hospital de autogestión por el cual el hospital a través de su autonomía, de su autogestión puede realizar las compras de acuerdo a lo que necesita [...] El trabajo que tiene el Consejo de Administración es pura y exclusivamente administrativo. Igualmente uno le vuelca permanentemente al poder central las modificaciones que cree conveniente para que esto funcione. Pero las políticas de salud, hoy por hoy, pasan pura y exclusivamente por el nivel central [...][25]

Evidenciamos que la promulgada descentralización hospitalaria configura una desconcentración del área salud. Sostenemos el presente aserto porque "descentralizar" comprende "la delegación de competencias de un órgano central a otros, sin una dependencia administrativa jerárquica":[26]

> El desarrollo de los procesos descentralizadores varía mucho de un país a otro y por lo tanto sólo se habla de descentralización cuando el quantum de transferencias de competencias indique una voluntad política expresa al respecto.[27]

Entendemos que lo que acontece en el ámbito sanitario es una transferencia de competencias del Estado a sus órganos jerárquicamente subordinados, es decir, el traspaso de las responsabilidades de los entes centrales a sus dependencias pero sin modificar la cadena de mando.

---

[25] Entrevista al Dr. Francisco Roque Villane, integrante del Consejo de Administración del Hospital "J. B. Iturraspe".
[26] Boletín de la Oficina Panamericana de Salud. Vol. 109. Nro. 5 y 6. Pág. 451.

2.2.g. Recursos Financieros:

La mayor innovación que introducen las normas legales consiste en facultar a la institución con la potestad de gestionar los recursos que le permita garantizar su financiamiento. En este punto el hospital de autogestión cuenta con la posibilidad de facturar a las obras sociales, medicinas prepagas, asociaciones mutuales y administrar sus recursos financieros: "cada hospital podrá convenir la prestación de servicios con obras sociales, grupos de población organizada o particulares [...]" [28]

El artículo Nro. 8 de la Ley 10.608 especifica los recursos con que contarán los establecimientos. Ellos son:

> a- las partidas que se le asignen en el presupuesto general de la Provincia.
> b- los ingresos en virtud de los convenios que puedan celebrarse con Municipalidades y Comunas.
> c- las retribuciones por los servicios que se presten.
> d- las partidas que de Jurisdicciones Nacionales se le destinen.
> e- los aportes, subsidios, legados, donaciones y todo otro ingreso legítimo.

Del mencionado artículo se desprende que las fuentes de ingresos más importantes de la institución hospitalaria son dos. Por un lado, la **partida asignada mensualmente proveniente del Gobierno Provincial,** que en la actualidad asciende a $ 152.000 para gastos de funcionamiento, $ 450.000 destinados a recursos humanos y $ 30.000 consignados al Departamento de Cocina.

Por el otro, **recursos propios** -promedio $ 70.000 mensuales en el año 1999- repartidos en el pago a los salarios de los empleados de la institución (treinta por ciento en Recursos Humanos), un cinco por ciento en Ayuda Social, entendiendo por ésta el pago de becas, cursos, jornadas de capacitación para los empleados y el resto se asignan a gastos de funcionamiento, como por ejemplo locaciones de servicios: estudios, análisis, tomografías computadas que se realizan extrahospitalariamente.

---

[27] Boletín de la Oficina Panamericana de Salud. Vol. 109. Nro. 5 y 6. Pág. 451.
[28] Decreto Reglamentario Nro. 1.427. Artículo Nro. 10.

Al respecto, el Contador Daniel Piumetti, responsable del área de Contaduría, nos informa que el Ministerio de Salud, año tras año, traslada a las arcas del hospital nuevos compromisos de pago:

> En un principio [el Ministerio de Salud] solventaba todos los gastos de funcionamiento pero ahora, y cada vez en mayor medida, el hospital, con recursos propios, debe hacerse cargo de nuevas cuentas, como por ejemplo el gasto telefónico y de electricidad; como así también, derivaciones a centros de salud privados por considerarse que la infraestructura disponible es insuficiente o inadecuada [29].

2.2.h. Demanda Asistencial:

Designamos con este término a los usuarios que asisten al hospital en busca de la prestación de un servicio en el área salud. En el informe "Producción Hospitalaria" elaborado por la Dirección General de Estadística del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la provincia se evidencia, en el período 1990-1998, un aumento en la cantidad de consultas realizadas en el hospital, entendiendo por ellas a la atención brindada a un paciente ambulatorio por profesionales médicos y no médicos.

En el año 1990, el hospital Iturraspe, realizaba 94.355 consultas dato que en 1998 asciende a 260.765.

Es preciso aclarar que si bien no podemos homologar consulta con usuario, debido a que una misma persona pudo haber efectuado varias consultas, las cifras nos permiten inferir un significativo crecimiento en la cantidad de los pacientes que concurren a la institución.

Consideramos que el incremento en la demanda hospitalaria es un emergente de la situación económica en la que se encuentra sumergida la sociedad argentina, que se caracteriza por un empobrecimiento de la denominada clase media.

---

[29] Entrevista con el contador Daniel Piumetti, integrante del Consejo de Administración del Hospital "J. B. Iturraspe".

Un informe elaborado por Artemio López en base a datos suministrados por la Encuesta Permanente de Hogares (E. P. H) de octubre de 1996 (INDEC) establece que el fenómeno de empobrecimiento más profundo y extendido de fin de siglo en el Gran Santa Fe -y en todos los grandes aglomerados del país- responde a la declinación de la clase media.[30]

> [...] el 29,7 por ciento de la población total residente en el Gran Santa Fe, en cifras absolutas 121.000 habitantes, se encuentran por debajo de la Línea de Pobreza por ingresos, esto supone que habitan hogares cuyos ingresos mensuales sumados el conjunto de los integrantes son inferiores a los $ 470. (López, 1998: 7)

Del total de hogares que se encuentran por debajo de la línea de pobreza por ingresos hallamos un 12,3 por ciento que son habitantes de hogares pobres estructurales, viviendas que al nivel de ingresos debemos agregarle una o más necesidades básicas insatisfechas[31], mientras que el 17, 4 por ciento está bajo la línea de pobreza por ingresos, pero provienen de hogares sin necesidades básicas insatisfechas, pertenecientes a la clase media santafesina declinada.

> [...] Continuando con la descripción de la nueva configuración social, del Gran Santa Fe, un 32,4 por ciento del total poblacional, esto es 131.000 habitantes provienen de hogares de clase media vulnerables por ingresos, conformando la franja de sectores medios en declinación, esto es hogares que superando la Línea de Pobreza ($ 470 por mes para un hogar tipo) no llegan a duplicarla, por lo cual cualquier alteración en la percepción de ingresos del hogar por pérdida de empleo o baja salarial del jefe o miembros activos, enfrentará ineludiblemente al hogar con situaciones de pobreza por ingresos. (López, 1998: 8)

---

[30] El criterio de inclusión de distintos segmentos sociales al interior de la categoría de clase media supone la satisfacción de tres indicadores: tipo de vivienda, escolarización del jefe y niños en edad escolar convenientes y finalmente, nivel de ingresos en el hogar. Un hogar es incluido en la franja socioeconómica media cuando:
- Habite vivienda conveniente.
- Sin hacinamiento asociado
- Con baño o retrete de arrastre de agua al interior de la vivienda
- Con escolarización primaria completa del jefe y sin niños en edad escolar (6 a 12 años) que no concurran al establecimiento educativo.
- Con ingresos totales del hogar inferiores a las 40 LP.

[31] El INDEC considera Población con Necesidades Básicas Insatisfechas cuando el tipo de vivienda es inconveniente; convive con más de tres personas por cuarto; no posee sistema de baño con arrastre de agua en el interior de la vivienda; posee algún niño en edad escolar que no concurre; posee baja capacidad de subsistencia al combinar escolarización primaria incompleta del Jefe; con más de tres miembros económicamente inactivos por cada miembro activo.

Completa la nueva estructura socioeconómica del Gran Santa Fe un 4,9 por ciento de habitantes provenientes de hogares con necesidades básicas insatisfechas pero con ingresos superiores a la línea de pobreza y el 23 por ciento de la población total pertenecientes a sectores medios en transición cuyos ingresos oscilan entre $ 940 a $ 1880. Finalmente, sólo un 10 por ciento de la población se ubica mejor socialmente, se trata de 10.000 habitantes.

Cabe destacar, que siguiendo la tendencia de la década del ochenta, la evolución de la pobreza estructural (población con necesidades básicas insatisfechas y con un nivel de ingreso inferior a $ 470) es descendente -en el gran Santa Fe- pasando del 18,9 por ciento de la población registrado en 1991 al 17,2 por ciento medido en 1994.

Estos datos ilustran una nueva estructura social cuya principal particularidad la encontramos en la heterogeneidad de la pobreza regional. *Nuevos pobres* -siguiendo la denominación de A. López- que configuran los inéditos potenciales usuarios del sistema público de salud: sectores medios empobrecidos, desocupados, trabajadores cuyas obras sociales prestan una cobertura mínima, como así también sectores medios afiliados a medicinas pre-pagas conforman una nueva demanda hospitalaria.

Muestra de ello es un documento emanado del Servicio de Facturación y Contaduría: en siete años (1993-1999) casi se ha triplicado la facturación a obras sociales. El detalle que acompaña el informe indica: al PAMI[32] y el IAPOS[33] como las obras sociales de mayor incidencia, en tercer lugar un conjunto que pertenece a obras sociales pequeñas (camioneros, artes gráficos, madereros) y/o asociaciones mutuales. Estos grupos, pertenecientes a sectores medios declinados, aumentan la demanda de usuarios que asiste al hospital.

Los rostros que rondan los pasillos, las salas de espera o los ascensores ya no son propiedad exclusiva de personas indigentes, sino que se le agregan los nuevos pobres

[32] Programa Asistencia Médica Integrada para Jubilados y Pensionados.
[33] Obra social de los empleados públicos de la provincia de Santa Fe.

quienes con un *buen pasar* en el pasado y una antigua confianza en el progreso, hoy, sufren el desempleo o el retiro voluntario producto de las privatizaciones. Ellos metamorfosean su vivienda en un improvisado quiosco o almacén en busca de nuevos ingresos para lograr el sostenimiento del hogar.

2.3.a El Rostro de la Imposibilidad

El concepto de **autogestión** agrega al de descentralización la responsabilidad de generar, por parte de los hospitales, sus propios recursos económicos mediante el arancelamiento de servicios a personas con capacidad de pago o a terceros pagadores (obras sociales, mutuales, empresa de medicina prepaga, etc.) [34]

La creación del hospital autogestionado configura un giro radical en la política estatal de salud que pasa de financiar la oferta (el hospital) a costear la demanda de servicios (los usuarios) El decreto Presidencial Nro. 578/93 en su artículo décimo establece que "el hospital público de autogestión continuará recibiendo los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción para el habitual funcionamiento del mismo [...] tendiendo a reemplazar progresivamente el concepto de "subsidio a la oferta" por el de "subsidio a la demanda".

La innovación en materia de obtención de recursos por parte del Estado en el área salud nos impulsa a cuestionarnos sobre cuáles son las consecuencias a corto o mediano plazo de un hospital que tienda *progresivamente* a subsidiar la demanda.

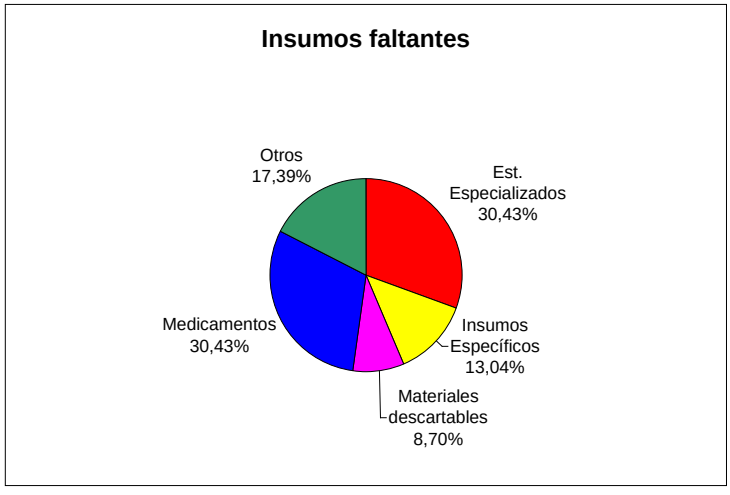
En primer lugar, debemos dejar en claro que el presupuesto destinado por el Estado provincial es insuficiente. Argumentamos el presente aserto basándonos en tres fuentes bibliográficas intrahospitalarias: un informe proveniente del Servicio de Facturación y Contaduría (1999); ¿El hospital Público, es de todos y para todos?

(1999) nota enviada por el Servicio Social al Comité de Bioética y Descripción del Panorama Institucional del Hospital "J. B. Iturraspe" (2000) estudio censal confeccionado por el Comité de Bioética.

En lo que refiere al informe del Servicio de Facturación y Contaduría, los datos son cuantitativos y evidencia que el presupuesto destinado por el Ministerio de Salud es insuficiente para solventar los gastos de funcionamiento.

Además, un estudio de carácter censal realizado por el Comité de Bioética[35] sostiene que la carencia de insumos en la institución sanitaria no es un hecho esporádico o aislado: el 60, 9 por ciento de los Servicios encuestados sostuvo que en el último año faltaron materias primas o la autorización para realizar un estudio complementario en otra entidad.

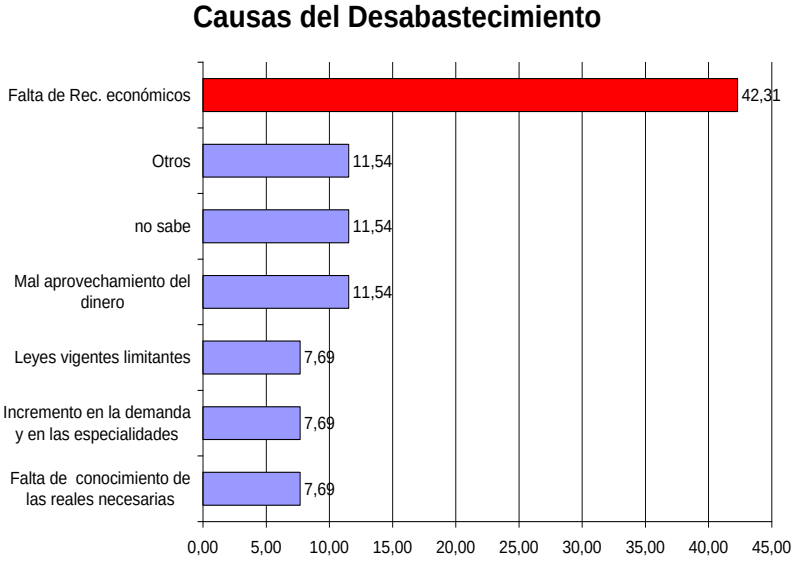
La ausencia de insumos específicos como ser, solución para medir el oxígeno, arteriografías, audífonos, medicamentos en general, se reabastece de manera inmediata (entre 1 y 10 días) o directamente no se hace nunca. A manera de ilustrar el panorama es conveniente observar cuáles son los insumos faltantes y sus respectivos porcentajes:



[34] Decreto Nro. 578/93. Artículo 4.

[35] **Panorama de los Servicios del Hospital Iturraspe**. (2000) Estudio de carácter censal efectuado por el Comité de Bioética, con el fin de elaborar una descripción de la situación de los diferentes servicios del hospital Iturraspe. Metodológicamente divididos en tres áreas: 1-Atención Médica, 2-Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento y 3-Servicios Técnicos.

La respuesta *falta de recursos económicos* como principal causa en el desabastecimiento de insumos corrobora el escaso presupuesto destinado al hospital. Un 42, 3 por ciento sostuvo que las anomalías en el ingreso de materias primas y la falencia o demora en las autorizaciones para efectuar estudios complementarios son producto de las limitadas, mezquinas partidas monetarias con que debe administrarse el hospital.



En una institución sanitaria, donde la carencia de jeringas descartables, gasas, audífonos, útiles de escritorio, suministros para laboratorio, pantallas para realizar rayos no es una realidad extraña sino cotidiana la ayuda proveniente por parte de organismos no gubernamentales (CEN.A.E.LE[36], FIPAM[37], PADEL, Cáritas, Club de Leones y por laboratorios y empresas privadas) muchas veces posibilita el normal funcionamiento de la dependencia. En este sentido, un 39,1 por ciento de los servicios reciben apoyo extrahospitalario en la provisión de insumos.

[36] Centro de Ayuda del Enfermo Leucémico
[37] Asociación de lucha contra la Fibrosis Quística del Páncreas

Por su parte, el informe elaborado por el Servicio Social del hospital Iturraspe sostiene:

> En nuestro ejercicio profesional concreto observamos una coyuntura institucional preocupante. Ciertas decisiones pueden determinar que el acceso a la atención no sólo se dificulte sino también se arriesgue la vida misma de los pacientes-usuarios. Enumeremos algunas de ellas: [...]
>
> 1)- La concreción de la transferencia del ex Instituto Nacional de Oncología se lleva adelante, el día de hoy, sin definir lineamientos programáticos específicos para su funcionamiento. Nuevamente se delegan las responsabilidades sanitarias, desde nación a provincia y de ésta al hospital, sin acompañarlas con las partidas presupuestarias correspondientes estando previsto en la Resolución Nro. 552 [...]
>
> 2)- Transferencia del área programática del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" a este hospital, otra decisión de traspaso sin previa consulta al centro de salud depositario y sin dar a conocer los fundamentos de tal decisión. [...] [38]

Como puede inferirse de esta descripción, la situación del hospital es crítica. Las instituciones sanitarias enmarcadas en la descentralización y autogestión, sufren la delegación de responsabilidades sin la transferencia de recursos necesarios.

La problemática se agudiza cuando precisamos los fines asignados a un hospital público. Al respecto y como expresamos anteriormente, el considerando del Decreto Presidencial de autogestión define el rol del mismo relacionándolo con el cumplimiento de las funciones de "promoción, prevención, asistencia, docencia e investigación".

En la práctica diaria las metas de *promoción de la salud y prevención de la enfermedad* al quedar al margen de las prestaciones habituales, corren el riesgo de no ser nunca planificadas. En un sistema en donde financieramente se subsidia la demanda el objetivo a cumplimentar es la restitución de la salud; labor puramente asistencial. [39]

Lo mismo acontece con la finalidad destinada a trabajar en *docencia e investigación en medicina*. Los escasos recursos provenientes del Estado para favorecer e impulsar

---

[38] ¿El hospital Público, es de todos y para todos? Nota enviada por el Servicio Social al Comité de Bioética. 22/7/1999

[39] Actualmente y como consecuencia directa de la profundización de la crisis económica observamos que el panorama institucional es caótico. En el año 2002 hallamos un estancamiento presupuestario que se contrapone con el aumento de los precios de los insumos y productos hospitalarios, sumado a la cesación de pagos de los convenios establecidos con las obras sociales (PAMI, IAPOS) lo que implica la ruptura de la cadena de pagos con los sectores privados (laboratorios, droguerías, institutos especializados). Situación alarmante que

investigaciones van en detrimento de la necesidad de mejorar la calidad de la prestación de los servicios.

Esta situación se agrava más en la institución sanitaria que estamos analizando debido a que, el "J. B. Iturraspe" es un hospital escuela, formador en especialidades médicas. Es un centro médico-académico en donde diversas disciplinas biológicas coinciden y realizan esfuerzos comunes en la prevención y tratamiento de diferentes enfermedades.

El postulado a favor de la *docencia e investigación* nos permite comprender que hablar de salud pública no es sinónimo de pobreza. El deterioro de la institución sanitaria incide particularmente y de manera perversa en las personas indigentes, carenciadas. Pero, al mismo tiempo repercute, en toda la estructura social porque los hospitales son centros de investigación aplicada y aprendizaje.

En este sentido, las falencias en los entes descentralizados recaen negativamente, por un lado, en la formación de los estudiantes de medicina: futuros cirujanos, próximos ginecólogos u obstetras. Por el otro, dificulta la realización de investigaciones que posibiliten la innovación en tratamientos (nuevas vacunas, medicamentos y soluciones) para paliar antiguas patologías.

Recapitulando, a partir de los conceptos descentralización / desconcentración, conjuntamente con la normativa vigente y el presupuesto destinado por el gobierno provincial observamos que el proceso de *descentralización* hospitalaria responde a una *desconcentración* del área salud. Coincide con el proyecto político-económico, que denominamos neoliberal, impulsado por el gobierno nacional a partir de la presidencia del Dr. Menem, el cual implica un ajuste económico en el ámbito de la salud.

---

impide brindar adecuadamente las prestaciones habituales, es decir, cumplir con el objetivo puramente asistencial.

Las instituciones hospitalarias con recursos escasos y una demanda asistencial en constante aumento se hallan cotidianamente frente al rostro de la imposibilidad. Imagen que se trasluce en la evaluación de los costos-beneficios de cada práctica quirúrgica, compra de medicamentos o la simple autorización de estudios complementarios extrahospitalarios. Los usuarios / pacientes configuran ese río de sangre tierna que recorren los pasillos en busca de un puerto que le asegure un derecho que es obligación del Estado brindar: la salud.

3. LA PUESTA EN ESCENA

"Qué fácil sería sin duda desmantelar el poder
si éste se ocupase simplemente de vigilar, espiar,
sorprender, prohibir y castigar;
pero no es simplemente ni un ojo ni una oreja:
incita, suscita, produce, obliga a actuar y a hablar".

Michel Foucault

3.1. Introducción

La elección de analizar el vínculo entre el médico y el usuario, como relación de poder, en el Servicio de C. E. C. se fundamenta, en primer término, en que el poder no es un fenómeno de dominación masiva y homogénea de un individuo sobre los otros o de un grupo sobre los otros. Los dispositivos a utilizar no son los mismos, el poder no se ejerce de la misma manera en todos los estratos. En sala 6, en el pabellón destinado a maternidad las tácticas y estrategias que instaura el poder (régimen de visitas, horario destinado al aseo, a la alimentación y al pase de sala) son diferentes de las que se establece en una consulta ambulatoria.

Además, debido a que creemos que la institución sanitaria cuenta con una estructura hospitalaria que podemos denominar *"tradicional"*, organizada en especialidades médicas. Situación que favorece la constitución de cada servicio como un sub-grupo signado por sus intereses. Esto determina que en la institución hospitalaria cada servicio produzca sus pautas de auto-organización y desarrolle sus propias planificaciones independientemente de los demás servicios y de la Dirección Médica.

Muestra de ello es que del 95,7 por ciento de los servicios que poseen un conjunto explícito de normas de funcionamiento -entendiendo por estas a un número de reglas que establecen la modalidad de trabajo, actividades, protocolos, horarios, etc.- y que el 78, 3 las elabora independientemente de la Dirección Médica.[40]

[40] **Panorama de los Servicios del Hospital Iturraspe**. (2000) Estudio de carácter censal realizado por el Comité de Bioética del Hospital "J. B. Iturraspe". Integrantes: María Isabel Artigues, Marcos Barceló, Analía Benigni, Silvia Brussino, Ana Lía Cuturier, Andrés Ellena, Alicia Novelli y Olga Truco.

Estos datos nos permiten apreciar una estructura organizacional fragmentaria, con servicios-feudos que, en lugar de integrarse y coordinar medidas, funcionan como parcelas o establecimientos estancos. Es en esta imagen organizacional segmentada, donde hallamos el segundo motivo que nos inclina a elegir un servicio determinado.

En el presente apartado la tarea consiste, por un lado, en especificar a qué nos referimos cuando mencionamos al Servicio de C. E. C.: circunscribir las especialidades y secciones que lo configuran. Por el otro, dar cuenta de la organización espacial y el funcionamiento del mismo.

3.1.a. Demarcación

El hospital Iturraspe configura un *hospital general* debido a que contempla varias valencias y examina las cuatro clínicas básicas: clínica médica, clínica quirúrgica, tocoginecología (Obstetricia y Ginecología) y clínica pediátrica. Se halla organizado en cuatro áreas o departamentos:

- Departamento de Atención Médica.

- Departamento de Diagnóstico y Tratamiento.

- Departamento de Servicios Técnicos.

- Departamento de Administración y Servicios Generales.

Entendemos por departamento a la sub-unidad ejecutiva mayor que agrupa en su aspecto técnico administrativo a varios servicios o especialidades afines, ya sean éstas médicas, quirúrgicas o administrativas.[41]

[41] Cuaderno Nro. 2: Organización Hospitalaria. Curso Técnico en Estadística en Salud. Modalidad a Distancia. Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas. Universidad Nacional del Litoral.

El Servicio de C. E. C. conforma el microespacio en donde analizamos la configuración discursiva de las identidades *médico* y *paciente.* Integra la rama de Servicios de Atención Médica y como su nombre lo indica representa un *servicio* que tiene como objeto atender las consultas ambulatorias. Es decir, a los usuarios cuya capacidad física y mental les permite asistir al consultorio, a fin de someterse a un examen clínico y hacer posible la formulación de un diagnóstico y la aplicación del tratamiento correspondiente.

Funciona en la planta baja del hospital, en horario matutino y cuenta con dieciséis oficinas o consultorios. En la actualidad trabajan ocho enfermeras, una Jefa de Personal no médico y cincuenta y tres profesionales incluyendo al Jefe del Servicio, pero sin contemplar a los residentes.

La demarcación del microespacio, *Servicio de C. E. C.,* constituye uno de los principales problemas a resolver en el presente trabajo. En primer lugar, porque en la institución hospitalaria no existe un organigrama indicando los niveles, las relaciones de dependencia, los departamentos, servicios y cargos. Por ende, las nomenclaturas responden más a usos dados por la costumbre que a un conjunto explícito de normas que ordenen y reglamenten la estructura organizacional.

El último diseño de organigrama presentado a las autoridades del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la provincia, a la fecha no ha sido aprobado. Debido a esto la Dirección Médica no posee un documento que avale la actual estructura organizativa de la institución. Ejemplifica este desconcierto institucional la frase *"Departamento de Vigilancia"* inscripta manualmente y con pintura blanca en la puerta de la casilla de madera ubicada en el patio este del hospital. Casilla perteneciente a la vigilancia privada contratada por las autoridades del mismo.

En segundo término, porque no todas las secciones que realizan consulta ambulatoria dependen del Servicio de C. E. C. A los fines de comprender la complejidad organizacional realizamos un organigrama (Ver Otros Anexos a) El mismo

representa un gráfico que nos permite observar en forma piramidal la estructura del servicio, indicando las dependencias jerárquicas.

La ubicación en el organigrama expresa una jerarquización de funciones. Por ejemplo, la localización del Consejo de Administración en la parte alta del gráfico y la del director del hospital, por debajo del mismo, representa la dependencia de este último frente al primero. Por el contrario, los cargos o servicios que aparecen en una misma línea o nivel horizontal tienen igual jerarquía o importancia entre sí.

Las relaciones de mando que se establecen entre las secciones y el Servicio de C. E. C. varían según los casos. Encontramos secciones **centralizadas** y con diferentes **grados de descentralización.**

Las primeras responden a relaciones de mando jerarquizado. Esto implica que en cuestiones organizativas – administrativas (horario de atención al público, cantidad de pacientes, número de consultorios a ocupar) dependen del jefe del Servicio de C. E. C. y en lo referido a asuntos técnicos (problemas relacionados con el diagnóstico y tratamiento) se hallan subordinados al Jefe de Servicio acorde a su especialidad. Cirugía Plástica, Cirugía General, Embarazo Alto Riesgo, Ginecología General son ejemplos de **secciones centralizadas**.

En lo que respecta a las **unidades descentralizadas** no son todas igualmente autónomas. Esto implica que podemos hallar unidades **con autonomía relativa**. Dentro de ésta taxonomía encontramos a secciones como Urología, Cardiología, Oftalmología que si bien realizan sus consultas en la estructura edilicia del Servicio de C. E. C. representan especialidades autónomas. Configuran secciones que, por el desarrollo alcanzado en lo que concierne al volumen de pacientes y a la aparatología instrumental utilizada, gozan de autonomía para disponer de temas organizativos – administrativos.

Existen otras totalmente autónomas o **descentralizadas**, las cuales se hallan subordinadas solamente al jefe de servicio acorde a su especialidad. Un dato que ilustra la descentralización es que realizan las consultas en la sala donde funciona el servicio y no en el área perteneciente al Servicio de C. E. C. Ejemplifican esta situación Climaterio, Esterilidad, Patología Mamaria que responden al Jefe de Servicio de Ginecología. Como así también, las secciones de Otorrinolaringología, Dermatología, Alergia, Hematología, etc.

A los fines del presente trabajo consideramos como parte del objeto de estudio **las secciones centralizadas y las unidades descentralizadas con autonomía relativa respecto al Servicio de C. E. C.**, en las especialidades de clínica médica y clínica quirúrgica.

La elección se fundamenta en que las secciones centralizadas y con autonomía relativa comparten la estructura edilicia: desarrollan sus tareas en los dieciséis consultorios instalados en la planta baja del hospital y los usuarios conviven en la misma sala de espera.

En segundo lugar, seleccionamos **las especialidades de clínica médica y clínica quirúrgica** (en detrimento de la clínica pediátrica y tocoginecológica) basándonos en dos motivos. El primero corresponde a una cuestión de índole personal, delimitar el campo de estudio a las posibilidades de trabajo con que se dispone. Modestia obliga demarcarlo acorde a los recursos humanos con que se cuenta para no incurrir en el error de una investigación por demasiado ambiciosa, inconclusa.

La segundo razón corresponde a que configuran las secciones más propicias para analizar la relación médico - paciente. Fundamentamos con que las secciones de clínica médica y clínica quirúrgica (amén de las patologías existentes) comparten un usuario / paciente con características similares, en lo que respecta a edad y género. Mientras que la sección de obstetricia está conformada por usuarias con una problemática particular: mujeres sanas, sin riesgo de vida (a excepción de los

embarazos de alto riesgo) que concurren al consultorio con el objetivo de concluir felizmente su embarazo y son atendidas, en su mayoría, por parteras (otro tipo de agente de salud) En la clínica pediátrica la situación es más compleja porque nos hallamos ante una relación triádica, conformada por niño, adulto responsable y médico, lo que dificulta establecer y delimitar los polos de la relación.

Por último, las sub-especialidades que engloban la rama ginecológica, en su mayoría, se desarrollan en las instalaciones de la dependencia y no en el Servicio de C. E. C. En otros términos, el cerco institucional que delimita el territorio del Servicio de Ginecología se ha extendido, por ende las consultas ambulatorias se efectúan en el mismo servicio.

Las especialidades médicas consideradas al interior del Servicio de C. E. C. son:

a. Clínica Quirúrgica:

- Cirugía General
- Cirugía Plástica
- Urología
- Oftalmología
- Traumatología y Ortopedia

b. Clínica Médica:

- Clínica Médica
- Cardiología
- Reumatología
- Neurología
- Infectología

3.2.a. Mise - en – esène

Luego de delimitar el ámbito a analizar consideramos pertinente representar la puesta en espacio y el funcionamiento del Servicio de C. E. C. Para ello, en primer lugar, realizamos un esquema (Ver Otros Anexos b) que indica la localización espacial del mismo. Aclaramos que el presente croquis incluye el área de inscripción de los usuarios, es decir, la dependencia cuya tarea consiste en brindar los turnos para los diferentes consultorios. Sector netamente administrativo que corresponde al Servicio de Estadística, pero que es incluido porque representa un paso necesario para acceder a la prestación.

Con respecto al funcionamiento del servicio recurrimos a entrevistas realizadas con los diferentes actores que trabajan en el área, como así también a los usuarios del mismo. La razón de la presente determinación se fundamenta en que si bien el jefe del servicio sostuvo que la dependencia cuenta con un conjunto de normas de funcionamiento, resulta imposible acceder a los mencionados documentos. Por ello, creemos pertinente recurrir a la voz de los protagonistas, que ellos describan, narren la actividad intramuros.

El recorrido intrahospitalario que realiza el usuario que asiste a la institución en busca una consulta ambulatoria se inicia por la puerta central (por calle Bulevar Pellegrini) ya que configura la vía de ingreso oficial de la institución y corresponde con la estructura edilicia principal denominada *"maternidad*".[42] A partir de allí, el usuario debe girar hacia a la derecha, atravesar un patio e ingresar a la estructura edilicia designada *"parte nueva"* en donde se encuentran las ventanillas para efectuar el requisito administrativo de inscripción a los consultorios (Servicio de Estadística)

La trayectoria del usuario / paciente se inicia sin una configuración de interpelaciones por parte de los responsables de la institución: no existe ningún cartel o letrero indicador que señale a dónde el usuario debe dirigirse si pretende retirar un turno. Si bien al ingresar al edificio existe una casilla denominada "Vigilancia", ésta tiene como meta oficiar de fichero a los empleados de la institución, es decir, controla los ingresos y egresos de las personas que trabajan en el hospital pero no brinda información al público.

Una vez en la *parte nueva*, el usuario, debe retirar un número que le posibilite la consulta. La dependencia "entrega de números" cuenta para la atención al público con una oficina que posee un mostrador con siete ventanillas vidriadas, ubicadas una al lado de la otra. Cada ventanilla está habilitada para la entrega de turnos a determinadas especialidades. Ejemplo de ello es que la número seis los provee para las especialidades en Psiquiatría, Traumatología e Infectología. Es preciso aclarar que para realizar el trámite, el usuario, no ingresa a la dependencia sino que realiza una fila en el hall y hay tantas "colas" como ventanillas existentes.

Además de un cartel que expresa: "Entrega de Números", la oficina posee letreros (tipografía sin cerifa y con un tamaño de fuente que la hacen claramente legible) que indican el número de cada ventanilla en la parte superior de la mencionada abertura, como por ejemplo "Ventanilla Nro. 1".

Cabe destacar que en los letreros solamente se especifica el número pero nada dice sobre las especialidades y sub - especialidades que abarcan. Éstas están escritas en hoja tamaño oficio, con imprenta mayúscula e impresas en computadora y aquí las ventanas vidriadas ofician de trasparente. Situación que dificulta el acceso a la información de los usuarios sobre a cuál ventanilla deben recurrir ya que los letreros

[42] Recordemos que el actual policlínico “J. B. Iturraspe” configuró en sus comienzos un centro obstétrico – infantil.

sólo se pueden apreciar a una distancia mínima, con buena agudeza visual y aunque parezca obvio, es necesario saber leer.

Una vez solicitado el turno, el usuario se dirige al hall o sala de espera en donde aguarda ser atendido. Para ello, simplemente debe seguir por el pasillo. Encontramos dos mensajes de señalización: en el primero, con información general, se explicita las dependencias que se encuentran en cada piso de la institución sanitaria (planta baja, primer piso y segundo piso); en el segundo, situado en el borde superior de la puerta vidriada de la sala de espera, señala las dependencias que se encuentran en la planta baja: los consultorios externos, laboratorio y radiología.

En la sala de espera existen siete bancos, cada uno de ellos tiene la capacidad de albergar a cinco personas como máximo y casi nunca alcanzan a cubrir la demanda. Por tal motivo es común observar usuarios apoyados en las paredes o jóvenes sentados en el suelo. Además, hay un televisor que desde temprano se halla encendido con bajo volumen, lo que determina que en varias ocasiones los usuarios trasladen los bancos cerca del mismo. Esta situación malhumora a las enfermeras quienes amenazan: *"en caso de que no presten atención a los llamados se apagará el televisor".*

El Servicio de C. E. C. cuenta con una secretaría que tiene como función organizar la atención ambulatoria en los diferentes consultorios. Dicha dependencia se halla al comienzo del pasillo donde luego se ubican los offices y linda con la sala de espera. A través de un mostrador, desde el cual nace un ventanal vidriado, se realiza la atención al público. Este ventanal posibilita a las enfermeras observar a los usuarios, como así también ser vistas por ellos.

Dentro del pequeño office encontramos el equipo de audio con el que las empleadas convocan a los pacientes y dos pizarras en donde se inscriben las diferentes especialidades y sub-especialidades con los nombres de los profesionales y

los días correspondientes de atención. Observamos adosada al ventanal vidriado la frase: “Secretaría de Consultorios Externos”.

Los dieciséis consultorios se hallan identificados por un número. Éste, escrito de manera manual y en papel, está encolado en la pequeña ventana de vidrio con que cuenta cada puerta del office. Apreciamos, además, un pequeño cartel que lleva impreso el número y que se halla en la parte superior del borde de la puerta. Cartel señalador auspiciado por una empresa de medicamentos y que puede ser visto desde el comienzo del pasillo. También advertimos un office destinado a la jefatura y otro que corresponde a la sala de enfermeras.

En la mitad del pasillo, más precisamente entre los consultorios nueve y once, se abre a la derecha un corredor que comunica con las diferentes salas que se hallan en el primer y segundo piso. Este espacio se configura como una pequeña sala de espera provista de cinco bancos y en donde aguardan ser atendidas las usuarias embarazadas, los pacientes oftalmológicos y aquellas personas que esperan realizarse un estudio.

Luego de las vivencias de semanas de búsqueda de profesionales y charlas con usuarios sostenemos que no hay una estrategia comunicacional explícita tendiente a contener las demandas y necesidades de los pacientes. La privación de un enunciador-institución se halla presente no sólo en la ausencia de carteles indicadores sino en la falencia de los mismos. Éstos, inscriptos lingüísticamente, no consideran las características del grupo meta hegemónico que asiste a la institución. Evidenciamos una carencia de una estrategia comunicativa tendiente a combinar colores con sectores o isologos que representen secciones.

Además, no existe una oficina de informes, destinada específicamente a brindar información al público, lo que genera una situación de hospital - laberinto donde es común encontrar a usuarios perdidos golpeando diferentes despachos en busca de unas miguitas que les permitan llegar a destino.

El desconcierto institucional se halla presente en la sobreabundancia de información colocada en cualquier lado y sin ningún patrón de clasificación: en las ventanas de la secretaría del Servicio de C. E. C. hay pegados desde carteles que expresan campañas de prevención civil ("No festeje sus fiestas en una Sala de Guardia"), pasando por los afiches de algún que otro curso o seminario hasta avisos comerciales (alquiler de camas, muletas y sillones) y/o religiosos (información sobre los horarios del rezo del santo rosario). Lo mismo acontece en los vidrios de las ventanillas de inscripción donde los avisos de las licencias y/o ausencias de los médicos se confunden con los días y horarios de atención de cada especialidad y con los papeles que deben presentar los usuarios que poseen obra social.

Este panorama marca a las claras que no existe una voluntad institucional de orientar al usuario. Expresiones como opacidad, desorientación e desinformación resumen la política comunicacional de la institución. En nuestro análisis de la puesta en escena del Servicio de C. E. C. la situación no es tan compleja porque la dependencia se halla en la planta baja del hospital y como dijo Vilma, una usuaria: *"cuando vi la gente acá esperando ya… me dije: 'por supuesto que es acá'".* (Anexo, II.1.b. : 220) [43]

[43] Aclaramos que los fragmentos que recuperamos en el cuerpo de la tesis de las entrevistas en profundidad realizadas a los profesionales médicos y a los usuarios / pacientes del Servicio de Consultorios Externos Centralizados llevan entre paréntesis una indicación que permite ubicarlos según las referencias del índice del Anexo (Corpus).

3.2.b. El Ritual de la Consulta

> Mirá el paciente viene y se para en las ventanillas donde están las distintas especialidades, ¿no cierto? Que va de la uno a la siete. En cada ventanilla dice que se anota para tal… tal especialista… Hace la cola correspondiente. La chica abre planilla y empieza: "¿usted para qué necesita?". Todos los datos, número de documento, eh… edad, domicilio, todo, todo. Todos los datos del paciente. Cuando empiezan a llegar los médicos, van las chicas y buscan las planillas. Llaman, si está la planilla completa que son quince por planilla. Llaman una parte… de los pacientes. Porque un consultorio está al lado del otro, la gente no lo entiende a eso a veces… "Pero a mí no me llamó y yo me anoté", "porque después lo van a llamar". Porque las chicas dicen, llaman: "fulano, mengano, sultano para tal consultorio del doctor fulano de tal". "Los demás van a ser llamados después" - dicen. Pero no te hacen caso: "pero a mí no me llamó y yo estoy ahí". [...] Eso es lo que te gasta, viste, "pero si recién le dijeron que después lo van a llamar a los que faltan. (Otros Anexos c : 278)

Quien relata esta sinopsis del funcionamiento del Servicio de C. E. C. es Nora Salto, jefa del personal no médico de la mencionada dependencia. El horario de atención del servicio es matutino y los turnos se expanden desde las siete de la mañana hasta las diez y treinta. Los usuarios, para garantizar su atención, asisten desde las cinco de la mañana debido a que la entrega es por orden de llegada y los cupos son limitados. En muchas ocasiones la fila de pacientes en procura de un turno llega al patio, lo que supone esperar a la intemperie.

Es preciso remarcar que una vez que se entregan los turnos correspondientes a una determinada especialidad se procede a cerrar la ventanilla, lo cual implica que es imposible para el resto de los usuarios que se encuentran efectuando la cola o para quienes arriban fuera de horario acceder a la prestación.

Una de las empleadas que atiende en ventanilla sostuvo: "muchas de las personas que vienen explican qué es lo que tienen, manifestando ‘me vengo a ver por los ojos’ o ‘me dijeron que venga para acá’ y a partir de ahí nosotras las derivamos a la ventanilla acorde con la especialidad". Las preguntas de rigor para otorgar un turno son: el número de documento -porque permite conocer, mediante un sistema informático

(AFOS), si el paciente posee cobertura social[44]- nombre y apellido, edad, domicilio y si es la primera vez que consulta en el año.

El ingreso documental del paciente ambulatorio a la institución disciplinaria hospital nace en esta dependencia ya que esa batería de preguntas configura la "ficha" o historia clínica ambulatoria del paciente. Es a través de estos datos que el usuario queda confinado en una red de escritura que lo examina, individualiza y clasifica y al mismo tiempo lo homogeniza convirtiéndolo en un caso. "Un caso -sostiene Foucault- que a la vez constituye un objeto para un conocimiento y una presa para un poder". (Foucault, 1975a: 196)

Cabe preguntarnos, ¿qué nos viene a decir el autor con esta frase?, ¿qué implicancias acarrea? En este sentido es preciso aclarar que entendemos por el vocablo “caso” no al “conjunto de circunstancias que califican un acto y que pueden modificar la aplicación de una regla" sino que "es el individuo tal como se lo puede describir, juzgar, medir, comparar a otros y esto en su individualidad misma” (Foucault, 1975a: 196)

La consulta se halla rodeada de técnicas de documentación y de registro que dan forma a una serie de códigos que permite transcribir los rasgos de cada individuo de manera uniforme. Muestra de ello configura el hecho de que el número ocho, dibujado horizontalmente representa -en la historia clínica de la paciente- la realización de la práctica quirúrgica denominada ligadura tubaria.

Es a través de estos sistemas de notación, de esta red de escritura, que se configuran a los individuos en objetos susceptibles de ser descriptos y analizados. Este dispositivo de objetivación (mediante un frondoso juego de signos y símbolos) habilita a la conformación de un código común, el cual hace posible la constitución de un sistema comparativo. Es decir, ese código común permite tanto seguir la evolución de determinadas morbosidades, como controlar la eficacia de un tratamiento o el brote

[44] En ocasión de respuesta afirmativa se deriva la información a facturación de obras sociales.

de una epidemia. En suma, estas técnicas de notación y de registro han posibilitado la emergencia de un determinado saber, la disciplina médica, “han permitido el desbloqueo epistemológico de las ciencias del individuo”. (Foucault, 1975a: 195)

Afirmamos que esas *"pobres"* técnicas notariales constituyen una de las bases en el que se apoya la mecánica del poder disciplinario: poder que hace malla en los usuarios, que produce discursos, forma un saber y, lejos de poseer como función primordial reprimir, configura, fabrica, hornea, moldea individuos a imagen y semejanza de un objeto natural.

Retomamos el tema que es el propósito de nuestro análisis: el ritual que realiza el usuario en pos de una consulta. La empleada que se ocupa de la inscripción vuelca la información en dos registros: por un lado, en la historia clínica ambulatoria del paciente y por el otro, en la planilla diaria del médico. Esos dos documentos son llevados al consultorio, el médico atiende al paciente y asienta en esos escritos el informe de la consulta (ejemplo de ello es el diagnóstico o prescripción de análisis). Luego esos registros vuelven a la sección de Estadística en donde quedan archivados.

El médico no queda fuera de esa red de escritura debido a que las planillas de consulta se configura por especialidad y por profesional a cargo, lo cual implica que al profesional también se lo examina y controla indefinidamente. Además, no sólo funciona intrahospitalariamente ya que esa información es derivada a la Dirección Provincial de Planificación, Control de Gestión y Estadística perteneciente a la Dirección General de Estadística del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia.

Allí se centralizan los datos de todos los efectores públicos de salud. La mencionada dependencia analiza la información (con un criterio único de formulación) lo que permite conocer la producción hospitalaria en todos sus niveles: desde los egresos y defunciones en el área de internación como así también las consultas ambulatorias efectuadas hasta realizar promedios diarios de camas disponibles.

Recapitulando, el ingreso del paciente ambulatorio a la institución sanitaria corresponde con su inserción en un sistema notarial que lo fija a un mecanismo de objetivación. La apuesta, ahora, consiste en examinar al usuario una vez que ha recibido el turno, es decir, en el seno de los consultorios externos.

En el hall, el paciente debe esperar a ser llamado por las secretarias (enfermeras) del Servicio de C. E. C. debido a que el horario de atención de los diferentes consultorios varía dependiendo de las especialidades y de los profesionales a cargo. La sala de espera configura el espacio de la multiplicidad: los consultantes aguardan ser atendidos dialogando entre sí, algunos adjuntan a la espera una taza de café o alguna golosina, ven televisión, movilizan los bancos de lugar o directamente se sientan en el suelo. Es en este territorio donde el poder disciplinario otorga una franquicia.

Ahora bien, ¿el régimen de las disciplinas no trabaja el espacio de manera elemental y fina, huyendo de las distribuciones por grupos, a la vez masivas, evitando las pluralidades confusas? La situación se modifica completamente cuando cruzamos el umbral hacia el pasillo en donde se encuentran los diferentes consultorios.

Una vez que el médico ingresa al servicio, las enfermeras convocan a los usuarios y éstos nuevamente realizarán una *"micro espera".* La denominamos de esta manera porque los pacientes son llamados en tandas de siete u ocho según los consultorios y, en el pasillo, (formando una fila según el orden señalado por la secretaria) esperan ser atendidos. El *“formar fila”* consiste en que las enfermeras leen nuevamente los nombres y los ubican, según el orden en que fueron inscriptos, uno detrás de otro y en caso de sordera o malos entendidos no faltan los zamarreos. Una vez ahí, en *“capilla”* los usuarios permanecen parados e inmóviles, cada uno en su lugar, hasta ser atendidos por el profesional, quien ya ingresó al office.

El pasillo se configura en un "cuadro vivo" (Foucault: 1975a) ya que las multitudes confusas que se hallan, en la sala de espera, se transforman en una multiplicidad

ordenada: "se trata de establecer las presencias y ausencias, de saber dónde y cómo encontrar a los individuos, instaurar las comunicaciones útiles, interrumpir las que no lo son, poder en cada instante vigilar la conducta de cada cual, apreciarla, sancionarla, medir las cualidades o los méritos". (Foucault, 1975a: 147)

La distribución de los usuarios al interior del pasillo configura un espacio analítico fuertemente controlado. Ejemplo de ello es que cuando buscaba a los profesionales médicos para invitarlos a participar de las entrevistas, el pasillo era el lugar indicado porque me permitía interceptarlos cuando salían del consultorio y no perseguirlos por los corredores. Pero estar en “el lugar indicado” sin poseer la categoría de "usuaria inscripta en planilla" es francamente imposible. Las enfermeras una y otra vez me han interpelado diciendo: *“¿qué hacés vos acá?"* [45]

Ese continuo solicitar explicaciones a quien no se halla alineado u ocupando un espacio que debe estar libre se verifica en que si bien el corredor puede ser utilizado como vía de acceso a las escaleras que comunican con el primer y segundo piso del hospital, no es usado para tal fin. Las enfermeras en su ir y venir reconocen fácilmente quién no está en su sitio y actúan corrigiendo esa situación manifestando una y otra vez: *"Acá sólo tienen que estar los que ya fueron llamados".*

[45] La presente investigación la redactamos en primera persona del plural. Pero cuando hacemos referencia a una vivencia personal o a un episodio que contiene expresiones valorativas o registros axiológicos enunciamos en primera persona del singular.

3.2.c. Organización Interna: Los Chalecos Azules.

> Yo trabajo, o sea la partee de … la, la función del jefe es organizar nada más, ¿no es cierto? [...] en la parte de Consultorios Externos donde se atienden todas las especialidades, se atiende alrededor de seiscientas, setecientos pacientes diarios. [...] yo tengo eh, un, una enfermera caba [...] que a su vez tiene[n] un grupo de enfermeros que también responden a directivas ¿no cierto?, y en donde eh, en general es gente elegida, o sea que no hay mucho drama, ya, ya una vez que se implementó el trabajo, se acostumbran a trabajar se puede manejar bastante bien, ¿no cierto? (Anexo, I.1.a. : 192)

En el Servicio de C. E. C. hay una jerarquía piramidal de roles y rangos: en la cúspide encontramos el jefe del servicio quien es el responsable de la dependencia, luego una jefatura para el personal de enfermería y más abajo toda una taxonomía de funciones y cargos. Por un lado, el profesional médico; el médico residente quien realiza una especialización; el médico consultor, a quien se recurre para realizar interconsultas. Por el otro, observamos la auxiliar de enfermería, el camillero y la enfermera profesional.

Es un juego de roles claramente diferenciados que se materializa en la vestimenta asignada a cada profesión. El médico viste una chaquetilla blanca, algunos con el nombre bordado en el bolsillo superior. Por su parte, las enfermeras lucen una chaqueta en las tonalidades celeste o azul, mientras que los camilleros llevan pantalón y casaca verde.

Este as de cargos y funciones lejos de comportarse como establecimientos estancos interactúan entre sí, circulan en un sistema de relaciones. Interrelación de la cual nace el trabajo en equipo: “Yo hace años que estoy acá y quiero decir que salud, no es … ‘Yo soy de estadística’, que salud es un trabajo en equipo. No, ‘yo soy enfermera’, ‘yo soy mucama’. Es un trabajo en equipo” (Otros Anexos c : 384)

Trabajo en equipo que no debe interpretarse como trabajo en grupo ya que sus integrantes no poseen el mismo estatus. La tarea asignada a cada participante se

halla claramente diferenciada y estipulada: “Y el médico corre y yo corro y trabajo en equipo. Cada uno en sus funciones. La auxiliar en su función, la enfermera profesional en su función, la mucama en su función.” (Otros Anexos c : 385)

Estos sistemas de relaciones y de funciones jerarquizadas se evidencian en las expresiones de los profesionales que trabajan en el servicio: *"Ahí te aconsejo una entrevista con la jefatura"* fue la respuesta de un traumatólogo al preguntarle sobre las modalidades de funcionamiento. En este sentido, la palabra autorizada o el agente indicado para hablar de la dependencia es *"el jefe".*

En la organización interna del servicio, la secretaría tiene una **tarea primordial**. La dependencia se encuentra a cargo de Nora Salto, quien hace veintitrés años que trabaja en el hospital "yo ingresé al hospital por concurso y gané una jefatura. Estaba como jefa de Urología, como cerraron el servicio me pidieron que si podía cubrir acá". (Otros Anexos c : 375) Ella y un grupo de enfermeras tienen que coordinar la demanda que asiste al servicio con los consultorios disponibles y el personal médico establecido:

> Trabajar para el público y con los profesionales, con las distintas especialidades es terrorífico [...] Esto es como un comercio. Yo que nunca hubiese trabajado de empleada de comercio, viste [...] Y un comercio en el sentido de la relación público - personal. [Breve Silencio] Está el que te exige una cosa, a un precio y no está ese precio. Acá te exige que si él vino a las siete de la mañana lo tiene que atender el médico y él se anotó a las siete pero el médico ese... que el médico que él pretende que lo atienda a las siete tiene otras funciones, en una sala, pase de sala, evolución de paciente en historia clínica. Cuando se desocupa baja a consultorio. Entonces tiene que pelearla a la gente cuando dice: ‘me hacen esperar’ (Otros Anexos c : 375)

La expresión precedente es digna de una mención especial ya que visualizar al Servicio de C. E. C. como un comercio -con la peculiaridad de que sus mercaderías no tienen un precio estipulado- indica que el producto (la consulta ambulatoria) no está en venta, por ende, no se puede exigir la atención sino que la regla de oro que los usuarios deben acatar es *"tenés que esperarlo al médico"* (Otros Anexos c : 375)

Esta norma implícita denota la disponibilidad horaria que se exige al usuario que asiste a la institución. El tiempo de la persona que concurre al consultorio carece de

valor frente al régimen horario claramente demarcado del médico: “[él] tiene otras funciones, en una sala, pase de sala, evolución de paciente en historia clínica. Cuando se desocupa baja a consultorio” (Otros Anexos c : 375)

Consideramos no presuntuoso afirmar que el usuario ingresa en un sistema en el cual no hay lugar para el reclamo debido a que el servicio se configura como un comercio cuyas mercancías no tienen un precio fijado. En este marco, acceder a una prestación es sinónimo de recibir una regalía.

Evidenciamos, además, un sistema hospitalario donde la consulta ambulatoria no es prioritaria. En un orden de preferencias, primero, están los servicios que brindan internación, con sus cirugías y pases de sala y luego se halla el paciente ambulatorio que “viene al consultorio, viene, viene, este, generalmente caminando" (Anexo, I.1.c. : 198)

Ahora bien, ¿por qué adjetivamos como primordial a la función que le compete a la secretaría?, ¿cómo se regula el trabajo de organizar la atención ambulatoria? La tarea que ejecuta el personal de enfermería se halla destinada, en primer lugar, a alistar los consultorios:

> Yo vengo muy temprano, eh…voy evaluando qué es lo que falta, qué es lo que no falta en los consultorios, voy reponiendo el material que falta cosa que cuando ya vengan las chicas… porque no tengo todos los consultorios cubiertos. Son muy pocos los que tienen personal de enfermería. Entonces, la mayoría son los que están descubiertos y esos hay que equiparlos porque el médico cuando venga a trabajar que tenga todo, todo en orden... (Otros Anexos c : 376)

Los offices no se hallan predeterminados sino que la ocupación de uno u otro depende de los días y de los horarios. Si bien, hay algunos fijos -como por ejemplo el número dieciséis que está específicamente destinado a urología, el catorce que pertenece a oftalmología, el décimo a obstetricia y el número once y doce en donde se hallan los instrumentos para realizar estudios (ecografías y electrocardiogramas)-, el resto se organiza diariamente.

En este sentido, el trabajo de las enfermeras es el de oficiar de secretarias o asistentes de los diferentes consultorios con el objetivo de que estos estén provistos de los insumos necesarios para que al profesional médico nada le falte:

> El que tiene curaciones… Que no le falte para revisar material estéril, descartable… que, que tengan sus recetarios porque a veces no hay, nosotros conseguimos, de donde podemos pedimos papeles para hacer recetarios… Ves nosotros a ésto [la entrevistada agarra un papel impreso de un solo lado] estee lo doblamos, lo recortamos y sacamos unos cuantos recetarios. (Otros Anexos c : 376)

Además, en caso de que el médico esté ausente o no pueda asistir a la hora acordada por algún inconveniente, a ellas les corresponde buscar otro profesional para suplantarlo o relevarlo:

> Llamar al médico: 'Tu horario de atención es a las once. Son las once y no bajaste ¿qué te pasa?' [...] (Otros Anexos c : 377) El jefe, los lunes a veces a las siete y media, le dan el turno de cirugía. Una cirugía se te complica y a veces, son las diez, las once cuando él se desocupa. Entonces decís, bueno, 'no estás vos andá vos'. (Otros Anexos c : 383)

Existe todo una puesta en escena previa al ingreso del profesional médico al servicio. Las enfermeras preparan los consultorios con sus gasas, guantes y recetarios. En la jerarquía interna, es decir, en la distribución de funciones el médico adquiere preeminencia sobre el resto. Es a él a quien se le ofrece un dominio de objetos / sujetos para que los examine y diagnostique pero él también se encuentra atrapado en un sistema que realiza sus demandas y si no son cumplidas hay sanciones:

> [...] Hay, por ejemplo, un cirujano que tenía la mala costumbre de no venir los días que estaba. Entonces, yo le comenté a él [al Jefe del Servicio] dos oportunidades lo cubrió él. Dijo: 'bueno basta, hacé lo que quieras'. 'Lo borro'. Entonces, dice 'che... fui, (entre ellos) escuchame fui a consultorio y no figuro más yo'. 'Ah, arreglate con Nora', le dijo el doctor.
>
> Entonces yo le dije: 'yo querido tengo la obligación de saber si vos venís o no porque yo me debo a la gente. La gente me pregunta, digo: 'ya va a venir el doctor' y vos no viniste. 'Si pero usted me dijo que iba a venir', te dicen... Y si es verdad porque yo creía que venías. Entonces, yo esos papelones no los paso'. Dice: 'Pero escuchame no figuro más'. 'No, y no sé cuando te voy a dar consultorio' [...] Lo hicimos rogar dos meses seguido. [...] Y hasta ahora se está portando bien, pero lo tuve que borrar. (Otros Anexos c : 380)

En tercer lugar, a ellas le compete actuar de nexo entre los pacientes y el médico: "no es fácil, no es fácil el trato con la gente. [...] Aunque hayas estudiado viste un curso

de relaciones públicas, hay días que te dan ganas de decir… si en ese momento tenés una ametralladora bajarlos a todos, porque no, no merece el basureen, como te basurean a veces. Hay oportunidades que son así. Pero depende ¿eh?" (Otros Anexos c : 379)

El paciente ambulatorio pregunta, averigua, interpela a los empleados de la institución en busca de una respuesta satisfactoria. La solicitud de información o el simple reclamo es percibida, por parte de las enfermeras, como un "enfrentamiento":

> Pero se te hace una rutina y ya te acostumbrás a que vos le vas a discutir que el doctor te dijo que iba a venir a las ocho y vas a decir "pero no señora, señora no… no viene a las ocho vienen a las diez y media, viene a las diez". Te enfrentás todos los días, todos los días al mismo baile.
>
> [...] ya llega un momento que te reís. "¿Doctor fulano no vino?", estaba la gente en el pasillo, esperando cada uno en su consultorio, "No, no vino. Me parece que entró a cirugía". "¿Lo operaron?" me dice una de las chicas. "Sí porque se puso un saco chico, (risas) ayer, yo lo ví, que el saco le quedaba chico" y la gente se puso a reír. "Es terrible usted" me dice. (Otros Anexos c : 382)

Baile diario que se comprende cuando apreciamos la dinámica del funcionamiento del servicio. En una dependencia altamente jerarquizada, donde la comunicación circula verticalmente, las informaciones respetan la cadena de mando: *del jefe a Nora, de Nora a las chicas y de las chicas al usuario.*

El servicio se configura como una dependencia replegada sobre sí misma, institucionalizada, con un principio de organización basado en la autoridad y competencia del médico por sobre los demás agentes de salud (auxiliares, enfermeras, personal administrativo) Es a él a quién se lo espera, es a él a quién se lo reclama, es él quien posee un juego de ayudantes y colaboradores, es "el doctor" quien posee la palabra autorizada para decretar una morbosidad por aquí o dar de alta por allá. En esta jerarquización se halla vedada la palabra al paciente, él debe acatar los comunicados. Muestra de ello es que los enunciados por medio de los cuales se informa a los consultantes se expresan a modo de sentencias: "No hay más turnos", "Fulano, Mengano, Sultano presentarse en el consultorio número tres: clínica médica. Los demás esperen a ser llamados".

3.2.d. ¿Un Círculo Perfecto?

En la introducción al presente trabajo hacemos referencia a la mecánica de poder existente en el Servicio de C. E. C. y a modo de pretexto nos servimos de un film rodado por Ademir Kenovic y de uno sus personajes, Hanza. Él es poeta y en la Sarajevo sitiada no puede escribir sus poemas. Puede soñarlos pero es incapaz de llevarlos al papel: "es la historia de un poeta atrapado por una ciudad en llamas, realidad que se corresponde con el estado de su ánimo y de su poesía [...]" [46] Por eso, afloja su muñeca trazando círculos perfectos en una hoja en blanco: ¿minúscula estrategia que le permite sobrevivir a tanta locura cotidiana?, ¿táctica de la resistencia de un trovador que sueña con sus versos? Tal vez. La pregunta en este paralelismo consiste en interrogarnos sobre la posibilidad de establecer, en los consultorios, puntos de resistencia, sin entenderla como sinónimo de gran rechazo.

Encontramos un quiebre (pequeña fisura) en la existencia de usuarios que reciben atención ambulatoria sin poseer el turno que los habilite a la consulta. En otros términos, hay ocasiones en que la demanda insatisfecha (aquellos quienes ingresan a la institución en busca de un número y no logran obtenerlo) accede a la prestación médica. ¿Por medio de cuáles estrategias consigue el ingreso al pasillo?

> [...] Si un paciente llega de afuera, de lejos y no llega con el tiempo suficiente a lo mejor para inscribirse en el consultorio entonces, los médicos bueno, a veces, a alguien que se niega: "Escuchame… (por ejemplo el traumatólogo) vos que sos un flaquito, un canosito interesante no me harías un pequeño favor". "Ah viene el mangazo", dice, dicen así. "Sí, mirá vino de lejos a lo mejor no tiene plata para venir otra vez, por favor atendelo". (Otros Anexos c : 379)

En el Servicio de C. E. C. existen consultas que no se hallan registradas, algo así como un sistema informal dentro de la legalidad de un procedimiento notarial:

---

[46] Martín Pérez, diario "Página/12", 9/3/2001.

> A veces voy y no tengo turno y… y… ahora ya me hice un poco más canchero a veces voy, si no consigo turno voy ahí a la puerta del médico, Martha, la enfermera, como me conoce me atiende. [...] O sea, voy me quedo ahí digo: " Martha, no tengo turno". "Qué, otra vez. Bueno, vamos a ver como hacemos". Va y habla con el médico y me da. Total es, o sea, no son revisaciones muy, nada más que por algunos remedios, algo así. O sea, no lo demoro mucho. (Anexo, II.2.c. : 231)

De esta manera la inscripción no se convierte en un paso necesario para acceder a la prestación. Red de escritura que es posible eludirla en ciertas ocasiones, circunstancias en donde importa más la historia del paciente, su biografía, que haber cumplimentado un trámite administrativo. Estrategias, *cancheriadas* que realiza el consultante que tiene unos años de idas y vueltas por el servicio, lo que le permite responder al requisito institucional de "usuario inscripto en planilla" de otra forma.

Este dispositivo de demanda que utiliza el usuario en beneficio propio, para conseguir un fin particular, el acceso a la consulta, refuerza la conjetura de concebir al servicio como un feudo. Territorio cerrado en el que las enfermeras se constituyen en celosas cuidadoras de la llave que permite el ingreso al reino.

Toda una pequeña cadena de favores se enlaza alrededor de la consulta y cada uno de sus participantes son cómplices. Esa connivencia convierte a la buena relación con las enfermeras en un objeto de codicia porque es a través de ellas que se puede acceder a la prestación: al igual que cualquier relato tradicional en donde el héroe tiene que soportar, por ejemplo, un determinado número de pruebas para ganar un objeto precioso, el usuario que ingresa al servicio encuentra en las enfermeras a esos actores claves de la historia, que como ayudantes poseen la pócima mágica para que el héroe salga airoso del examen (mejor dicho, logre ser examinado)

Ahora bien, ¿el mecanismo de objetivación que instaura el poder disciplinario no es subvertido por esta red de micro poder que se establece en el servicio, a nivel intramuros? O por el contrario, ¿este dispositivo de demandas y accesos constituye un refuerzo a un sistema que se halla en colapso, por el exceso de demanda?

Este juego de micro poderes unido a estrategias macro interactúan entre sí, conviven, conformando una espesa red de subordinaciones y mandos en la que el usuario queda atrapado pero al mismo tiempo que es cómplice.

Pensar en los puntos de resistencia es adentrarnos en una concepción estratégica de poder, en donde los usuarios subvierten esos mecanismos, los modifican al mismo tiempo son transformados por ellos:

> [...] me dijeron que para tenía que estar a las seis. Claro es la hora que entran ellos a trabajar a las seis pero ya había gente. Por suerte pude conseguir turno. Pero ahí ya me dijeron la gente misma que estaba acá “No, tiene que venir temprano porque por ahí llega un momento que no, no consigue turno”. Y tal es así que desde entonces tomé por norma tratar siempre de venir temprano para poder hacer la cola y… y conseguir turno porque ya te digo, una vez, otra vez que vine a verlo a Vicario y me encontré que no conseguí turno. (Anexo, II.2.b. : 231)

En el hospital encontramos un juego de funciones y cargos entre las diferentes dependencias claramente definidos. Pero hay veces, ocasiones en las que las fronteras se deslizan y los bordes se desdibujan:

> A parte que te peleás con la farmacéutica porque dice que “es una farmacia paralela” [...] hay laboratorios que traen medicamentos para entregar y a los pacientes y no la depositan en farmacia. Entonces llamé al director de ese laboratorio y le dije: "usted venga y hable, yo a usted no lo conocía". El pedido que se hizo de medicamentos se hizo por intermedio del señor fulano de tal que es el visitador de esa casa. Ustedes me están dando una mano para la gente, no para mí. Entonces, es lógico que se pongan en contacto con la farmacéutica porque sino dice “Acá se está haciendo una farmacia paralela”.
>
> Entonces, ellos vinieron y la propuesta de ellos era que lo pidan con el nombre comercial con el que lo largan, al medicamento. Y ella dijo: “No, yo lo pido con el nombre de la droga”. [...] "A bueno, entonces no hay ningún problema, nosotros a ustedes no. Se lo entregamos a los consultorios". Y ya no pudo decir nada. Y en más de una oportunidad ella necesitó también. “Hay Raquel -le digo- si yo no tuviera la farmacia paralela, acá”. “A si tiene razón”. “Ha visto” le digo. (Otros Anexos c : 379)

La “farmacia paralela” cubre las necesidades de aquellos usuarios que ingresan al consultorio con dolor: “el paciente que viene con dolor muscular es reumatológico, traumatológico no se puede ir sin un calmante porque viene porque le duele”. (Otros Anexos c : 379)

Por último, afirmamos que es a través del dispositivo de la consulta por medio del cual el paciente accede a la inteligibilidad de su estado de salud, es decir, saber si contrae o no una enfermedad. En este apartado llegamos hasta la puerta del

consultorio, en el próximo, ingresamos para conocer la interacción entre el médico y el usuario quienes, como pudimos apreciar, constituyen agentes de una técnica en donde "se encuentran implicados todo un dominio de saber, todo un tipo de poder". (Foucault, 1975a: 190)

4. LA ESCENA

"Todo documento de cultura es también un documento de barbarie"

Walter Benjamin

4.1. Historia escrita en papel tisué

Río IV. Domingo a la mañana. Estaba en la provincia de Córdoba trabajando como encuestadora, acorralada por un punto muestra atípico. Barrio residencial (a las afueras de la ciudad) pero donde las 4 x 4 importadas se cruzaban con las bicicletas de los changarines. Caserones convivían con casas precarias aunque, siempre, construcciones de material. Mezcla rara pero confluencia al fin.

Como últimos requerimientos para finalizar la labor del día buscaba, con el brazo derecho contra la pared y en la tercer manzana de reemplazo, a una mujer mayor de sesenta y cinco años y a hombres jóvenes (entre dieciocho y veintinueve años) En un pequeño chalet a medio terminar la hallé. Estaba como esperándome. Me hizo pasar, sentar y nos pusimos a conversar.

A cada pregunta textual y que sólo aceptaba un monosílabo como respuesta, ella respondía que su marido estaba internado en el hospital hacía tres semanas porque lo habían tenido que operar de urgencia y que por ende almorzó sola. A pesar de ello, yo seguía con mis requerimientos y a tirabuzones encontraba los “sí” o “no” tan anhelados. Pero cuando en el cuestionario arribamos al sub- tema “seguridad” el relato llegó a un punto de inflexión:

- primero me interné con él pero como la casa quedó sola, entraron a robar. Nos quedamos sin nada, se llevaron todo, se llevaron todo… el televisor, las camas, la heladera, hasta las tejas del techo se llevaron.

- ¿y la policía?, ¿fue a la policía? – pregunté vacilante

- la policía no sabe nada y aquí… si yo no conozco a nadie en el barrio. Nadie sabe nada, nadie vio nada. Están todos siempre encerrados, metidos adentro.

Comencé a mirar hacia todos lados y haciendo una panorámica de la habitación descubrí que estaba despojada de todo; pero dijo *tejas* y cuando miré hacia arriba había una lona negra y a través de unos diminutos puntitos negros se colaba la luz del sol:

- Espero que no siga lloviendo porque sólo tenemos las piezas techadas y yo mucho no me puedo mover, igual mucho no me queda por mover.

La conversación es una reconstrucción, sólo recuerdo un registro visual de la lona negra simulando un techo. No logré decir mucho, yo diría poco menos que nada, sólo pude inyectarle ánimo con unos masajes en la espalda y unas frases hechas que mejor no rememorarlas. Le quise dejar unos pañuelitos, esos de papel tisué, pero ella sacó rápidamente uno, metido en la manga del pulóver y comenzó a secarse las lágrimas que, sin previo aviso, brotaban y navegaban por sus mejillas. Lo cierto es que estaba ahí, sin poder hacer nada con todo lo que ella me decía; sólo escuchaba y preguntaba para poder concluir con mi trabajo que nada entendía de robos ni de dramas familiares sino de reelecciones y de futuros candidatos.

Ella sólo me quería contar que su marido estaba enfermo y yo sólo podía escuchar a quién iba a votar, o a quién votó en las pasadas elecciones. No puede volcar en ninguna parte, bajo ningún pretexto y en ninguna aclaración, toda su historia. Tal vez por eso, al comienzo del trabajo de campo para esta investigación me invadió un temor (pese a tener las autorizaciones pertinentes, el listado de médicos que realizan consultorio externo y los nombres de los usuarios): pánico, si lo hay, a la palabra del otro porque con ese Otro que se reconocía y me reconocía en la entrevista, estaba en deuda.

Es preciso aclarar que, desde la perspectiva teórica-metodológica desde la cual realizo el análisis, un enunciado no tiene necesariamente por sujeto al individuo que lo articula sino que todo enunciado supone “otros” en una red enunciativa. Tanto en las palabras de los profesionales médicos como en las de los usuarios hablan (aunque en

ocasiones susurren y a veces griten) otras voces. No obstante me permito relatar esta anécdota para explicitar la instancia de conformación del corpus debido a que efectuar las entrevistas en profundidad implicó un exponerse al otro: escucharlo y a la vez ser oído; interpelarlo y al mismo tiempo ser cuestionado.

Este apartado está cautivado, secuestrado, inundado por las voces de esos otros anónimos. ¿El motivo? En los inicios del presente ensayo la palabra estaba confinada, reservada a Foucault. Sujeto del enunciado que lejos de aportar las categorías teóricas a partir de las cuales profundizar el análisis se había apoderado del sujeto de la enunciación. Gracias a los relatos de Edgardo, Carlos, Margarita, Cecilia, Silvia, Fernando recuperé la palabra (en realidad la pedí prestada) para formular un nuevo acto enunciativo tan *ajeno* como *propio*. En sus relatos fui encontrando *mi voz*, en ocasiones ingenua, a veces timorata y con algunos destellos salvajes, atrevidos. Ellos, a quienes les estaba reservado el lugar del *registro*, se han metamorfoseado en mis *maestros*.

El propósito del presente capítulo es trabajar la hipótesis de partida que sostiene que en la relación clínica el médico se posiciona en el polo superior y el paciente en el inferior. Para ello, realizamos entrevistas en profundidad contemplando los dos núcleos de la relación.

A través de diálogos con el jefe del Servicio, Dr. Vito Nepote, con la jefa del personal no médico del mismo, Nora Salto y de un informe de la División de Estadística del hospital sobre la producción hospitalaria damos cuenta del Servicio de C. E. C., que se encuentra dividido en consultas médicas, no médicas y prestaciones. **Contemplamos las secciones médicas que corresponden a las especialidades de clínica médica y clínica quirúrgica.**

Conformamos el corpus mediante entrevistas de larga duración mantenidas con los profesionales que cumplen sus funciones en el Servicio de C. E. C. Para ello, nos

servimos de un documento elaborado por el despacho de Recursos Humanos de la institución sanitaria, en donde constan los nombres de los facultativos y el área en que se desenvuelven.

Consideramos un profesional por sección, independientemente del carácter de su empleo: interinos, contratados o que pertenecen a planta permanente. Entendemos por el vocablo *médico* a los profesionales graduados en las especialidades de clínica médica y clínica quirúrgica, lo que implica la no inclusión de los médicos residentes.

En la conversación exploramos, en primer lugar, la labor en la institución sanitaria: qué particularidades posee trabajar en un hospital público a diferencia de otra institución. En segundo lugar, le planteamos que explicite un día en el Servicio de C. E. C., narrando actividades, horarios, normas de funcionamiento. Además, le preguntamos sobre los principales problemas a resolver en el servicio. En tercer lugar, hacemos referencia a las características del usuario que asiste a la institución hospitalaria. Mientras que en la última parte de la entrevista interrogamos sobre las preguntas de rigor formuladas en una consulta y le proponemos que la describa.

Seleccionamos los pacientes utilizando como base de datos las fichas de inscripción que completan los usuarios la primera vez que recurren al Servicio Social y a la Asociación Cooperadora de la institución. La razón de esta determinación estriba en lo asequible del acceso a los mencionados ficheros. Situación que no se corresponde con la disponibilidad de los documentos en el Servicio de Estadística.

Elegimos a los usuarios a entrevistar haciendo hincapié en el tipo de demanda que constituyen. En este sentido, conformamos el grupo de análisis incluyendo, por un lado, a los destinatarios tradicionales del sistema público de salud: usuarios que nunca accedieron a una cobertura médica y por el otro, a los nuevos usuarios: pacientes que, si bien estuvieron afiliados a obras sociales o medicinas pre-pagas, hoy, al no tenerla recurren al hospital en busca de la prestación.

Cabe aclarar que no nos orientamos según una tipología previamente establecida de estrategias comportamentales debido a que no consideramos relevante el motivo de la visita sino el que la persona realice una consulta ambulatoria en el Servicio de C. E. C., en las especialidades de clínica médica y clínica quirúrgica.

Fundamentamos la presente decisión, en primer lugar, en que el dominio de los usuarios / pacientes es propio de las heterotopías. Sostenemos que el usuario hospitalario es polimorfo, heterogéneo: asiste a la institución por variados motivos, con disímiles problemáticas y patologías, realiza una demanda multiforme y diversificada. Hay quienes no pretenden otra cosa que conservar su salud o prevenir la enfermedad, otros que se hallan ante un proceso de enfermedad y quieren recuperar su salud. Además, encontramos quienes concurren por primera vez a una consulta o aquellos que se los puede designar como usuarios crónicos.

Creemos que la persona que asiste al hospital en busca de asistencia médica, por más que le pese a los diferentes jefes de servicio[47], efectúa un recorrido intrahospitalario. Expresado más claramente, no queda anclada o inmovilizada en una sola dependencia sino que realiza un itinerario por la institución en busca de la ejecución de diferentes prestaciones: desde un simple análisis o radiografía hasta un estudio de alta complejidad.

Asimismo, escogimos a los usuarios a entrevistar equilibrando la variable género y haciendo variar al máximo la frecuencia de la asistencia y la antigüedad con la que concurre al Servicio de C. E. C. La cantidad de usuarios que entrevistamos, al igual que en el núcleo de los galenos, es de uno por especialidad médica contemplada.

Con respecto al cuestionario las preguntas versan, en primer lugar, sobre la antigüedad y frecuencia con que asiste al servicio y los motivos por los cuales elige el hospital público para recibir la asistencia médica. Luego dialogamos específicamente

sobre el Servicio de C. E. C., acerca de los requisitos administrativos necesarios para acceder al turno que posibilite la consulta. Por último, formulamos preguntas que hacen alusión a la labor del galeno y a la calidad de la información brindada en el diagnóstico y el tratamiento a seguir.

Las entrevistas en profundidad ingresan al corpus procesadas en cuatro variables específicas que nos permiten analizar la constitución discursiva de las identidades "médico" y "usuario / paciente", en el Servicio de C. E. C. El motivo de esta decisión se funda en la excesiva extensión de las mismas.

"La escena" consta de cinco tomas o actos. En la primera, *"Carne de hospital"* consideramos las acepciones que revisten los significantes "usuario" y "médico", es decir, el modo en que se nombran. *"Encuentro o des-encuentro"* configura una primera aproximación al vínculo que se establece entre el médico y el paciente. Acercamiento que pone en jaque nuestra hipótesis de partida. En *"Medicina sin palabras"* ahondamos en el análisis de la relación haciendo hincapié en el momento cognoscitivo (instancia diagnóstica) de la consulta clínica. Mientras que en *"Vasos Comunicantes"* exponemos el proceso de comunicación que se instaura entre el consultante y el facultativo. En el último acto, denominado *"Las fisuras"* la apuesta consiste en visualizar los quiebres que subvierten la relación sanitaria hegemónica.

47 Nos referimos a lo expuesto en el capítulo 3, la puesta en escena, donde hacemos referencia a una imagen institucional fragmentada: los diferentes servicios en lugar de integrarse y coordinar medidas actúan como compartimentos estancos (servicios – feudos)

4.2. Carne de Hospital

Al comenzar el presente trabajo planteamos la imposibilidad de pensar los vocablos *"médico"* o *"paciente"* como entidades pre-constituidas. Abogamos por una construcción discursiva de tales identidades, en donde toda fijación es siempre amenazada:

> Nos vemos confrontados con que todas las identidades están sujetas al cambio. Ellas son precarias, inestables y sujetas a la articulación y rearticulación en un contexto de luchas constantes en el que se da un debilitamiento de las líneas divisorias entre discursos, y una proliferación de significantes flotantes. (Laclau, 1990: 150)

Sabemos que el significante "usuario" adquiere diferente valor dependiendo del contexto discursivo en el que se ubique o la configuración de sentido en la que se constituya. Notamos una proliferación de sentidos en torno del significante "usuario", a veces, emerge ligado a una cadena significante que en otro contexto subvierte. En el presente apartado analizamos las diferentes acepciones que reviste porque consideramos que la manera de concebir a ese "otro" condiciona la relación que con él se establece.

En primer lugar, sostenemos que la designación "usuario" se homologa al concepto **"enfermo"**. La persona que asiste al Servicio de C. E. C. se halla en estado morboso, presenta alteraciones más o menos graves en su salud o revela un aspecto físico o psíquico insano:

> Se ve, en la actividad privada el paciente que tiene, que va a comenzar con una úlcera, cuando empieza a colorearse la pierna, arriba del tobillo, del tobillo interno, se pone un color amoratonado, concurre, es decir, es el comienzo. En cambio, el, el enfermo del hospital deja avanzar eso y le lleva varios años. Y cuando se abre y se rompe la úlcera y se hace grande y no puede caminar por el dolor entonces recién concurre. Y han pasado diez, quince años de evolución. [el subrayado es nuestro] (Anexo, I.1.b.: 162) [48]

[48] Aclaramos que los fragmentos que recuperamos en el cuerpo de la tesis de las entrevistas en profundidad realizadas a los profesionales médicos y a los usuarios / pacientes del Servicio de Consultorios Externos Centralizados llevan entre paréntesis una indicación que permite ubicarlos según las referencias del índice del Anexo (Corpus)

> Lo mejor que te puede llegar a pasar, es… trabajando en un hospital es que la gente que viene a ese hospital, la mayor cantidad de gente pueda ver solucionada su problema. ¿Cuál es su problema? Recuperar la salud. El que viene acá es porque ya la perdió en parte**.** [El subrayado es nuestro] (Anexo, I.1.a.: 159)

Estas manifestaciones advierten que la meta principal a la que debe abocarse el servicio es la **asistencial**. Esta concepción presente configura una visión reducida de los fines -establecidos por ley- para una institución sanitaria pública. Al respecto, en el considerando del Decreto Presidencial de autogestión se define el rol de la misma relacionándolo con el cumplimiento de las funciones de *promoción, prevención, asistencia, docencia e investigación.*

En segundo lugar, percibimos cierta movilidad en el término en cuestión ya que diferenciamos al "paciente tradicional" del "nuevo usuario". Con algunos matices el consultante habitual que asiste al Servicio de C. E. C. es el *indigente puro* (Anexo, I.1.a.: 238) sostiene el jefe de la dependencia, *"el que no tiene ninguna posibilidad de acceder a ningún sistema de salud porque económicamente no llega a nada".*

El lazo que se establece entre el significante *"usuario tradicional"* con el de *"individuo de bajos recursos", "persona carente", "con baja instrucción"* no es prioridad de las especialidades quirúrgicas:

> [...] Bueno, eh… en general viste son gente muy carecientes, con muchos problemas, que tenés que prever todo [...] porque tiene muy serios problemas, muy serios condicionamientos el paciente [...] Hay gente que no sabe lee… que no le podés indicar a veces dónde está la farmacia, a dónde está el laboratorio, a dónde está rayos. Entonces, tenés que tener cuidado porque a veces se van y no hacen las cosas, y a veces se van con problemas delicados, ¿no? Desde esa ignorancia, o sea, ubicarse en el espacio, en el tiempo [...] la mayoría de la gente tiene un nivel de educación que vos ves, no se higieniza, no se viste bien, no se alimenta bien, y de ahí partir de un proceso de una enfermedad [...] [el subrayado es nuestro] (Anexo, I.2.a. : 254)

"Indigente puro" (Anexo, I.1.a.: 238), "no tiene ninguna preparación" (Anexo, I.1.a: 238), "nivel de entendimiento [...] menor" (Anexo, I.1.b: 240), "carencia de todo tipo" (Anexo, I.2.c. : 259), "tiene miedo, vergüenza" (Anexo, I.1.a: 301), "no se higieniza, no se viste bien, no se alimenta bien" (Anexo, I.2.a: 254), "falta de cultura" (Anexo, I.1.a: 301), "se somete" (Anexo, I.1.a: 300) pueden enunciarse como la cadena discursiva de

significantes que se asocian equivalencialmente al significante paciente tradicional que asiste al hospital.

Estas nociones de “usuario” presentes en los profesionales que se desempeñan en el Servicio de C. E. C. (sujeto con bajo nivel de instrucción, sin recursos económicos, sin obra social, que recurre al hospital público ante una situación de posible enfermedad como un individuo “sin cultura”), posicionan al paciente en *“minoría de edad”:* sinónimo de persona no competente para hacerse responsable de su proceso de salud - enfermedad.

Esta manera de nombrar al otro construye la subjetividad “paciente” como una persona no competente para “decidir” sobre su proceso de enfermedad: sitúa “al indigente puro” en una posición inferior ligada a la indefensión y a un estado de primitivismo. En esta designación, patrimonio del médico, subyace una mirada etnocentrista en la que se activan las dicotomías cultura / no – cultura, escritura / oralidad, civilización / barbarie, salubre / insalubre, médico / paciente.

Apreciamos (teniendo en cuenta el modo en que se configura la dicotomía desde el enunciado de los profesionales) la constitución de una incompatibilidad entre ambos sistemas de signos: por un lado, el saber médico, hombre culto, chaleco blanco, estetoscopio y del otro, el indigente puro, inculto, quien no se higieniza, no se viste bien, no se alimenta bien.

Los vocablos “indigente puro”, “individuo sin cultura” nos permite inferir (en las conceptualizaciones de los profesionales médicos) una carga etnocéntrica que entraña a la dualidad superior / inferior: las diferenciaciones con los usuarios no se plantean en términos de diferencia y diversidad sino como desigualdad e inferioridad. Esta construcción del usuario refuerza el principio de autoridad médica: la gama de alternativas y decisiones sobre patologías y tratamientos se halla en manos del galeno. Esta situación nos invita a cuestionarnos sobre la validez y legitimidad de esas formulaciones.

En gruesos rasgos afirmamos el lugar hegemónico que ocupan los principios bioéticos de beneficencia, no-maleficencia, en detrimento del principio de autonomía del paciente. [49]

En este marco, la figura del médico emerge como un actor social privilegiado, quien responde a las demandas de los usuarios con una ayuda técnica desinteresada:

> [...] El tema es [...] como yo te decía tenés que tratar con gente muy difícil, [...] con muchos problemas culturales y, y uno tiene una situación de privilegio ¿me entendés? (Anexo, I.2.a.: 254) [...] La gente nos confía a nosotros, yo le digo hace una vuelta a un diputado, "mire la pueblada no se la van a hacer a nosotros, se la van a hacer a ustedes," porque realmente están tan equivocados. (Anexo, I.2.a.: 169)

Las líneas precedentes nos permiten apreciar el papel central que se adjudica el profesional sanitario; "situación de privilegio" que ronda la figura del samaritano (Anexo, I.1.b.: 243) y la del cantante Luis Miguel (Anexo, I.2.c.: 260). Registra una posición de sujeto "central" en la relación que se funda en las variadas peticiones, solicitudes y encargos que el consultante canaliza en el profesional:

> [...] Porque te vienen a pedir un certificado que no pueden trabajar para que le den la leche. Te vienen a pedir un certificado que no pueden moverse para subir gratis a los ómnibus [...] (Anexo, I.2.c.: 260)

Los enunciados de los profesionales médicos nos recuerdan a un proyecto educativo elaborado por el Dr. Itard (principios del siglo XIX) tendiente a programar la readaptación de un niño encontrado en los bosques de Aveyron en estado de absoluto primitivismo. Lo cierto es que el alumno no aprendía y el Dr. Itard dio sobradas muestras de su imposibilidad para preguntarse sobre aquello que hace al aprendizaje, o mejor dicho pensar que a un niño en estado "natural" había que revestirlo de "cultura". (Varaldi, 1993: 6) Cabe preguntarnos sobre lo adecuado de la demanda que

[49] Cuatro son los principios básicos en la disciplina de la Bioética: 1)- beneficencia, que insta a hacer el bien según los criterios de bien del posible beneficiado o paciente y a representarle cuando éste no pueda hacerlo por sí mismo; 2)- No maleficencia, que indica no dañar a los demás; 3)- autonomía, que exige reconocer en todas las personas, mientras no se demuestre lo contrario, que son capaces de tomar decisiones y disponer de sí mismas libremente; 4)- justicia, que obliga a proporcionar a todos las mismas oportunidades en el orden de lo social, no discriminando, segregando o marginando.

cristalizan los profesionales, o más aún ¿reconocen la demanda que les realiza el "indigente puro"?

Al comienzo de "Carne de Hospital" afirmamos la existencia de una proliferación de significantes flotantes en torno al concepto "usuario": por un lado, el "paciente tradicional" y por el otro, la "bisoña demanda". Consideramos pertinente, a modo de una sinfonía de grises, remontarnos al capítulo segundo donde hacemos referencia a una incipiente pero creciente población hospitalaria: **los nuevos pobres.**

> [...] En este momento las cosas han cambiado, y lo que antes era clase media hoy, es clase media pobre y entonces, está acá dentro y la única diferencia que puede haber en ellos en estos últimos años es que hay una gente un poco más ilustrada digamos, más preparada intelectualmente que el indigente puro, el que realmente no tiene ninguna preparación. [...] Entonces muchas de esas personas, que antes, antes no venía esa gente al hospital, esa gente se iba directamente a un sanatorio, hoy están todos acá porque han perdido el negocio, porque han perdido el trabajo, porque han perdido el dinero, por lo que sea. Pero, entonces ha cambiando estee digamos, el grupo humano etario que viene al hospital, es distinto, eso se ve. (Anexo, I.1.a.: 238)

En *"El escenario"* nos remitimos a ese río de sangre tierna que transita por los corredores, que se transfigura en remanso frente a una ventanilla o en caudaloso arroyo en la sala de espera; ese río, conjunto de números, historias clínicas, casos, conquista imagen corpórea en las entrevistas. Etel, Edgardo, Carlos, Vilma, Fernando, Cecilia despersonalizados en los ficheros, adquieren extraña fisonomía.

Esta bisoña demanda complejiza el término *"paciente"* debido a que representan *"gente un poco más ilustrada [...] más preparada intelectualmente"* (Anexo, I.1.a.: 238) Por ello, consideramos conveniente narrar algunos de los relatos de carencias y desigualdades de quienes, hoy, ostentan el flamante título de pobres:

Fernando ingresa por vez primera a la institución hospitalaria en el año 1997, "porque a mí el, el quince de noviembre me agarró un infarto, el primer infarto" (Anexo, II.2.b.: 344):

> [...] yo hace, desdee el noventa y cuatro que… sí desdee enero del noventa y cuatro que yo no trabajo. No tengo un trabajo fijo. Me dejaron cesante en una metalúrgica en Sauce Viejo, que fue el último lugar que estuve trabajando, estuve nueve años y desde entonces, ando haciendo changas. Anduve de chofer de taxi, anduve chofer de remises, anduve de chofer de la camioneta contratada en la

> E.P.E"[50] [...] ahí no tenemos obra social. Ahí el día que no trabajaste sonaste. Te pasa la máquina por arriba, qué va a hacer. [...] Así que ahora tengo que dedicarme a hacer cosas livianas que, en este momento, entre la edad y la enfermedad no consigo nada. Porque con la edad ya nadie me quiere porque soy viejo para trabajar y joven para jubilar. Me falta un año todavía para cumplir los sesenta y cinco, para poderme jubilar. (Anexo, II.2.b.: 229)

Sin su compañero la vida, a Etel, se le hace más difícil: "mi marido [...] era representante de la fortaleza. Él hacía todo en casa. Te cortaba la enredadera, te pintaba, pintaba macetas, te pintaba, te arreglaba, hacía el asado. Era un compañero ideal". (Anexo, II.1.d.: 278)

Ella no tiene jubilación, ni pensión y el quiosco que hace ya veinticinco años que trabaja, "ahora no me rinde nada. No me rinde absolutamente nada." Debido a ello, "[...] le escribí una carta a Reutemann porque [...] estaba en estado desesperante, estaba en estado desesperante. Quedarme sin jubilación, sin pensión, sin nada. Sola". (Anexo, II.1.d.: 278)

Edgardo quien en otra época supo conocer Puígari y pudo asistir a diferentes sanatorios privados, hoy, separado de su esposa, sin trabajo, vive en una humilde casita en Alto Verde. Lejos de Santa Fe y de sus hijos comenta:

> [...] Yo no tengo trabajo, no tengo nada. Tengo una pequeña colaboración de uno de mis hijos y nada más. [...] Soy un tipo que está viviendo con cien pesos por mes … estee con eso compro la garrafa. Está bien la compraré una vez cada tres meses, eh… comprar la azúcar, la yerba, el pan. [...] Cuando voy a Santa Fe, mi hijo trabaja en un restaurant [...] y bueno él me guarda, él sabe que me tiene que guardar las alitas, la carcasa del pollo, los huesos. Lo que ellos descartan para hacer bife. Me hace una bolsita, la traigo y yo como. (Anexo, II.2.c.: 295)

El ingreso de usuarios de otros sectores sociales al sistema hospitalario público no responde a una interpelación elaborada desde una política estatal, tendiente a lograr una mayor facturación en los entes descentralizados y autogestionados sino que corresponde a la situación de empobrecimiento y pauperización de la sociedad santafesina.

[50] E.P.E.: Empresa Provincial de la Energía.

La incipiente demanda expresada en gráficos, tablas y datos se constituye como "carente", "necesitado" y configura a la institución sanitaria como la única alternativa viable:

> Otro no tengo… gratis. Yo voy porque ahí no se paga. Por ejemplo, la última vez que fui… te piden una colaboración ¿verdad? La última vez, pobrecito, pobre hospital. La doctora me dio cinco radiografías de huesos, la doctora. Y voy a radiografía y me dice: "bueno, pase por… por la cooperadora con, con este papel". Yo voy con el papel, me da la radiografía, con unos sellos, qué sé yo. Me dice "¿va a colaborar con algo?". "Sí", le digo. Le digo "discúlpeme pero es lo único que tengo", cincuenta centavos. Dos monedas de veinticinco. Dice "no, no, guárdela por si le hace falta en algún otra cosa". Era lo único que tenía, era lo único que tenía [...] (Anexo, II.2.c.: 187)

> Yo tenía obra social eh… primeramente teníamos cuando no la precisamos teníamos estee CAMI. Y cuando lo necesitó mi marido estaban con la olla popular [...] cuando la necesité estaban, se habían robado todo no sé que habían hecho pero el sanatorio estaba cerrado con la olla popular en la puerta y en el hospital … yo siento que… no sé yo tuve una suerte que a lo mejor especial porque a mi marido lo atendieron tan bien [...] (Anexo, II.1.d.: 182)

> [...] Porque estee fui a un doctor allá [...] y me dijo "que no, que era una hernia que yo tenía y directamente -me dijo- andate a Santa Fe, vos no tenés mutual, andate a Santa Fe a Cirugía directamente y hablá con algún doctor de turno o quien esté". (Anexo, II.1.a.: 328)

El hospital representa la posibilidad de acceder sin cargo a la prestación en salud, sinónimo de una institución que garantiza la gratuidad en la atención:

> [...] Y allá en Felicia tengo [...] en el hospi… el que dicen que es hospital, ¡uy! Ese te sacan. No es un hospital, es como un sanatorio vos ves a la gente que está más que diez días así no lo tienen o sea, no lo atienden sino ya le empiezan a cobrar y entonces no se puede, entonces hay que salir para, para Santa Fe, Rafaela [...] (Anexo, II.1.e.: 184)

Esta nueva franja de usuarios de los servicios públicos de salud se constituye como sujeto de la necesidad antes que sujeto de derecho. Frente a un contexto de desamparo, falta de trabajo, con escasos recursos económicos y ante una situación de posible enfermedad recurren a la institución sanitaria como último recurso. En líneas generales no conciben al hospital como un organismo público al que se le prescribe garantizar la atención en salud.

Al preguntarle a los usuarios sobre las cuestiones a modificar en el Servicio de C. E. C. las frases: "todo bien, no sé que modificaría" (Anexo, II.1.a.: 219), "no pero no

hay nada para cambiar" (Anexo, II.1.e.: 225), "no tengo ni una. Ni una, ni una. Todo está bien, para mí está bien" (Anexo, II.2.a.: 226) se presentan como respuesta.

Si bien, algunos pacientes plantean ampliar el horario de atención al público, aumentar la cantidad de personal que trabaja en el servicio, realizar mejoras en las instalaciones de la sala de espera, éstas carencias se "aceptan", se admiten en el marco de la gratuidad de la prestación. El bisoño usuario inscribe la posición de sujeto que opta por la conformidad, el adaptarse a las reglas que le suscribe el servicio en particular y el hospital, en general. Tolerancia, (en ciertos casos resignación) en la que subyace la idea de que en una sociedad de mercado quien no abona, no posee dinero carece de derechos. En estas circunstancias, lo que prevalece es el agradecimiento antes que la protesta:

> Que la gente tiene que ir a las tres de la mañana. ¿Por qué tiene que ir a las tres de la mañana? Me parece una cosa fuera de, de lugar. Pero bueno, demasiado que no cobran nada, ¿no? (Anexo, II.1.d.: 223)

4.3. Encuentro o Des – Encuentro

Cuentan aquellos profesionales con años de andar por la institución sanitaria que hay una clasificación (aunque rudimentaria) de médicos hospitalarios, algo así como una taxonomía en que se hallan inscriptos *"los médicos de primera vez".* También suponemos que los hay, parafraseando el texto de Borges, "a)- pertenecientes al Emperador, b)- embalsamados, c)- amaestrados, d)- lechones, e)- sirenas (...) h)- incluidos en esta clasificación, (...) l)- etcétera, (...)". (Borges, 1960: 142)

La categoría que en este apartado nos ocupa son los denominados *"de primera vez".* Con este nombre se designa a aquellos profesionales quienes la mayor parte de sus pacientes sólo asisten al consultorio una vez, que siempre coincide con la primera vez. Al contrastar sus planillas diarias los nombres de los usuarios no se repiten. Hay muchas causales que explicitan la situación precedente, las cuales varían desde un tratamiento muy efectivo hasta la mala atención o el mal trato.

Los ejemplos que se exponen a continuación versan sobre la segunda de las explicaciones:

> [...] en el Cullen son unos animales. [risas] No, estee son unos animales. [...] Me atendieron mal. Y de ahí nunca más fui. [el subrayado es nuestro] (Anexo, II.1.b.: 179)

> [...] Y después el dermatólogo ni siquiera te explican qué es lo que tenés o qué es lo que no tenés como eh… vos tenés un coso acá en el cuello y no sabés qué es y te dicen "Bueno, pasate alcohol yodado". "Sí, pero ¿qué es?". "Y no mirá esto puede ser un forúnculo", lo que sea te dicen y… Pero "Sí –le digo- lo que pasa es que me va a volver a salir, porque si ya me salió una vez, me va a volver a salir". "Y –dice- cuando te salga vení otra vez". Así, cosas así. [...] (Anexo, II.1.b.: 180)

> [...] Hay personas no sé si se dan cuenta o no qué pero son muy abandonadas en la higiene que tienen y directamente un doctor le dijo "Andá a bañarte o sino no te atiendo". [...] Por lo menos a mí me daría muchísima vergüenza y no iría más al… al doctor, por lo menos a ese doctor". [el subrayado es nuestro] (Anexo, II.1.a.: 267)

> [...] una vez fui al hospital Cullen y fui muy mal atendida y era más chica, un par de cosas que no sabía, estaba embarazada, no me hice control y me trataron mal. Entonces de esa vez nunca más fui. (Anexo, II.2.e.: 190) [...] y la nena un poco

> más se cae porque viste que te ponen la camilla que es la mitad nomás, o sea, te queda la cola colgando para que nazca el bebé y un poco más no se cae porque nadie me llevaba el apunte viste porque yo le decía que iba a nacer, que ya iba a nacer y había una doctora ahí escribiendo y no me llevaba el apunte. Hasta que parece que se dio cuenta, viste, empezó a salir la nena y … se preocupó, sino no. [Breve silencio] Y de esa vez no fui nunca más, nunca más. [el subrayado es nuestro] (Anexo, II.2.e.: 190)

> [...] uno le preguntó cuánto costaba porque no estaba, no hay dinero, no hay trabajo y él burlándonos como así, como diciendo, dijo que valía "más que un kilo de azúcar y más barato que un 0 km". [Breve silencio] Entonces... eso es tomarle el pelo a la gente, entonces decidimos venir acá [...][el subrayado es nuestro] (Anexo, II.1.e.: 183)

Estas vivencias refieren a que el encuentro entre el médico y el paciente no siempre conlleva al establecimiento de una relación, sino que muchas veces el vínculo sucumbe a la primera o a las primeras consultas. Desencuentro asociado a lo que el usuario espera de una atención. Un paciente, por más que en la mayoría de las situaciones ceda, calle o no se oponga ante "las formas" del profesional, si observa o padece circunstancias que no se adecuan a ese nivel mínimo de exigencias, no se dispone a revivir esas experiencias sino que recurre a otro médico:

> [...] te voy a ser sincero nunca me pasó nada, nada malo que me haya ofendido [...] yo vivo cerca del otro hospital pero claro uno al estar mal por supuesto que a buscar primero lo más cerca [...] pero me sale todo mal porque el hospital que está más cerca de mi casa no me sirve para nada. Entonces tengo que venir, hago unas cuadras más, vengo a éste hospital [...] (Anexo, II.1.c.: 181)

La existencia de usuarios volátiles para muchos es una muestra de lo que supone homologar a la institución sanitaria a un supermercado, donde los diferentes consultorios son góndolas en las que puede optar el mejor producto al mejor precio. La lectura que realizamos es contraria a esta postura, supone que **hay una diferencia sustancial entre considerar a un agente sanitario como un profesional a adoptarlo como "mi médico".**

Con el fin de comprender esta distinción vamos a explicitar dos niveles de demanda: la consciente y la inconsciente. Hay solicitudes, pedidos de los consultantes que se relacionan con una demanda consciente: "vos tenés un coso acá en el cuello [...] ¿qué es?" (Anexo, II.1.b.: 180), "le pregunté por qué y por qué me dolía tanto la

cabeza" (Anexo, II.2.d.: 360), "[...] por el tema de la rodilla que tengo un golpe y me molesta, [...] no me deja caminar muy bien y no puedo trabajar" (Anexo, II.1.e: 337)

El lugar especial que el médico llega a ocupar para un paciente, que lo hace irremplazable está basado en el nivel de la demanda inconsciente. En este plano, la solicitud no concierne al organismo, tiene que ver con el campo de la subjetividad, es decir, con sus afectos, deseos y angustias. Esta demanda no puede ser respondida desde la biología, desde una postura científico-natural en donde el individuo se halla limitado a ser puro organismo.

Los usuarios entrevistados enmudecen o manifiestan no saber cuáles son las características de un buen profesional. Igualmente en el texto mismo, en sus enunciados podemos captar esta dimensión, llamada "demanda inconsciente", ligada a un estado de desamparo que requiere apelar a un Otro:

> [...] yo muchas veces tengo problemas y yo vengo se los cuento a ella, familiares, eh… problemas míos que no se los cuento a nadie, vengo y se los cuento a ella y ella me da consejo. Ella también a veces me cuenta algunas cosas que ella hace. ¿Entendés? (Anexo, II.2.e: 296) [...] Explicándome todo como que ella ya… uno se tranquiliza [el subrayado es nuestro] (Anexo, II.2.e: 360)

> [...] tiene una, una tiene un… como te puedo explicar, no sé, con palabras no se puede explicar lo que es. Es… tratarla para conocerla, tratarla, verla. Tiene una dulzura infinita, una cosa fuera, fuera, inusual en algunos médicos, inusual. [Breve silencio] (Anexo, II.1.d: 275) [...] Y… y la forma, la forma de trabajar de, de, de tomar los instrumentos, de, de, de hasta te hace una caricia cuando te, te acomoda para tomar la presión. Yo generalmente cuando voy siempre lloro [...] (Anexo, II.1.d: 276) A mí ha llegado hasta darme un beso en la frente [...](Anexo, II.1.d: 275) tiene algo que, que vos de ahí salís bien. (Anexo, II.1.d: 275) [el subrayado es nuestro]

> [...] ¿y que te hace pensar que esté conmigo? Y porque la vez que vengo [...] me pregunta "¿cómo estás?", me pregunta si me atendieron bien… todo… entonces… por eso, me hace pensar que está pendiente de mí [...] ni que fuese un padre. Capaz que él, no sé, él no se da cuenta, pero uno lo siente porque qué sé yo, te sentís a gusto con esa persona. Que te converse… no sé, más allá porque yo pienso que se va un poquito más de lo profesional. Mirá hace de cuenta que estás hablando con una persona cualquiera. Cualquier persona que no sea un médico. (Anexo, II.2.d: 271) [el subrayado es nuestro]

Estos fragmentos nos posibilitan apreciar que la palabra del médico aclara, oscurece, apacigua, moviliza, irrita: produce sensaciones, genera actitudes. El encuentro terapéutico a Cecilia la tranquiliza, con sólo un gesto (simple caricia), Etel, sale reconfortada. Carlos asemeja el diálogo, las preguntas que le realiza el doctor, a

una charla con su padre. De esta manera, *al doctor* se lo configura como un referente privilegiado.

En esta línea de pensamiento consideramos pertinente hablar, como diría Balint (1955) de esa farmacología llamada médico. La sola presencia del profesional es ya curativa debido a que su figura a causa del sentimiento de seguridad que lleva consigo, apacigua la angustia y contribuye a atenuar o desaparecer un cierto número de síntomas que son una modalidad de su expresión.

Ante una situación de posible enfermedad, el usuario se halla en un estado de fragilidad y para resolver su situación le otorga al médico cualidades especiales, situándolo en una posición distintiva. Lo que se denomina, desde el campo del psicoanálisis, "transferencia" (Freud: 1912). Consideramos pertinente traspolar este concepto a la relación sanitaria que se establece en las consultas ambulatorias.

Con el término, *uebertragung*, Freud designa la relación afectiva peculiar que en el curso de la cura analítica se establece entre el paciente y el médico. Psicológicamente, la transferencia consiste en la proyección de antiguas y olvidadas experiencias eróticas, casi siempre infantiles, sobre la persona del médico. No se trata de que el médico sea personalmente atractivo para el paciente, sino de que este "transfiere" a su persona actitudes que alguien había suscitado en él años antes y que la cura analítica va poco a poco haciendo conscientes. De ahí que la reviviscencia de tales actitudes sea unas veces la atracción y otras la hostilidad y que el mecanismo de la proyección transferencial sea en definitiva un "falso enlace" en el paciente. (Freud, 1912)

Este fenómeno (tan necesario como perturbador) provoca reacciones en la respuesta del médico, en muchas ocasiones involuntarias, ya que la transferencia del paciente sobre la persona del profesional que lo atiende no sólo provoca, sino que también evoca, vivencias personales: la demanda del paciente se articula con el deseo del analista.

J. Lacan (1964) destaca la paradoja que encierra la transferencia: por un lado, es una resistencia que interrumpe la comunicación del inconsciente (las asociaciones que realiza el analizando cesan, para fijarse en la persona del analista) y por el otro, encarna el momento en que la interpretación del analista, que apunta al inconsciente, adquiere todo su alcance.

No debe creerse -sostiene Freud- que el análisis crea la transferencia y que ésta sólo aparece en él. Por el contrario, al análisis se limita a revelar la transferencia y a aislarla. Trátese de un fenómeno genéricamente humano, que decide el éxito de toda influencia médica y que domina, en general, las relaciones de las personas con las que la rodean.

Concebimos -a partir de la noción de inconsciente formulada por Lacan[51]- dos tipos de lazos transferenciales: uno, que se liga a la trama amor y odio (orden imaginario) y el otro, que se representa por la emergencia puntual de formaciones inconscientes (lapsus, sueños, etc.) en cualquiera de los interlocutores del análisis (orden simbólico)

El primero es el que nos ocupa en el presente apartado debido a que hace referencia al lugar en que el paciente posiciona al médico. Consiste en una organización de imágenes yoicas investidas libidinalmente en el rol del médico y que revisten la forma de los afectos o de las pasiones primarias. Lo que caracteriza al orden imaginario son las creencias, los juicios y los supuestos implícitos presentes en las palabras del analizando, es decir, la ficción que se establece por el sólo hecho de hablar:

> Sin darse cuenta, el paciente le asigna a su interlocutor este lugar único: el de ser el destinatario exclusivo de su queja y de la búsqueda de una respuesta al por

[51] La unidad elemental de la noción lacaniana de inconsciente es el significante, categoría formal y no descriptiva. Lacan formula la hipóstesis del “inconciente estructurado como un lenguaje”, y más ampliamente, el inconsciente como análogo al significante, lo que implica que lo inconsciente consiste en esa relación formal entre un significante reconocible y actual y los otros significantes no reconocibles y virtuales. De esta manera conocemos el inconsciente por sus “formaciones”, sea el no – dicho significativo del blanco del olvido, un decir surgido de los sueños, los chistes, los actos fallidos, una escritura: el hombre no cesa de hablar de lo que se le escapa. Al hablar se traiciona, pero no puede “ex sistir” de otro modo que diciéndose, diciéndoce mal, diciéndose a medias. (Kaufmann, 1996: 256)

> qué de su síntoma. El amor y el odio, las actitudes, los roles y las imágenes mutuamente reflejadas entre analista y analizando asientan en este fondo de supuestos ficticios inherentes al hecho de sufrir, de hablar de ello y de buscar respuestas. (Nasio, 1987: 21)

J. Lacan (1964) propone una noción-fórmula que concibe el supuesto de que el sujeto es el inconsciente o de que el inconsciente es un sujeto: el Sujeto – supuesto – Saber[52] (en esta perspectiva el vocablo "saber" designa al inconsciente). En este marco, la transferencia imaginaria se organiza alrededor de esta invención que hace del inconsciente un ser: poder ficticio que se asienta cuando el paciente que padece un síntoma busca, en el médico, encontrar las razones de su sufrimiento.

En el comienzo del presente apartado postulamos que el usuario deposita en el profesional su confianza, coloca al médico en el lugar del saber; más que atribuirle un saber lo identifica con el saber, e inversamente, hace del saber un sujeto:

> Yo vengo que me atiendan y que me digan lo que me digan está bien [...] Si me dice tal cosa y es tal cosa [Breve silencio] Está bien. [...] Claro, si te lo está diciendo él es porque es doctor yo no, yo no puedo saber más que él, si él estudió para eso, así que… pienso que es así. (Anexo, II.2.d.: 296)

Una escena fílmica que ilustra el párrafo precedente configura un mandamiento del decálogo llevado al cine por Krzysztof Kieslosfky. En "No jurarás el nombre de Dios en vano" la protagonista femenina del film, Dorota, busca desesperadamente una

---

[52] A partir de 1964, esta fórmula constituye el eje en torno al cual gira la noción de transferencia. El verbo "Saber" puede entenderse como transitivo, activo, con un sujeto agente, lo que dota al saber de un complemento de objeto: el sujeto es supuesto saber algo, y la atención se dirige entonces hacia ese algo que es el saber. A la inversa, "Saber" puede también entenderse como verbo intransitivo, sin complemento de objeto; se entiende entonces mas bien la puesta en cuestión de la existencia de un sujeto supuesto al saber: si es supuesto, ¿cómo podría él saber? Esta doble polaridad de la fórmula implica la existencia de un sujeto dividido, latente en ese estado, pero que a término puede ser engendrado por el acto analítico. Ésta es una fórmula doble que pone en cuestión lo mismo que autoriza. Después de 1969, Lacan privilegia la interpretación **intransitiva** de la fórmula. El saber que hay que esperar del analista en posición de sujeto supuesto saber, es un supuesto saber leer "de Otro modo". El recubrimiento del sujeto supuesto saber por el sujeto del inconsciente es evocado por las palabras de Lacan en 1978: "Para constituirse como analista hay que estar tremendamente chiflado; chiflado por Freud, principalmente. Es decir, creer en esta cosa absolutamente loca que se llama inconsciente y que he tratado de traducir como sujeto supuesto saber". Existe un momento, asociado a un lugar lógico, en el que son indiferenciados: Si el inconsciente es un saber, si un saber es una conexión de significantes, si el significante representa a un sujeto (del inconsciente) para otro significante, y si el sujeto es por definición supuesto, entonces ya no se distingue lógicamente el sujeto de inconsciente del sujeto supuesto saber. El problema que plantea esta indiferenciación es la salida de la transferencia. Para superar la indeferenciación de estos dos sujetos se necesita un tercer término. (Kaufmann, 1993: 515 – 523)

respuesta del médico: *"¿sólo dígame si mi esposo vivirá?".* La respuesta determinaría no sólo sus próximas acciones, sino su propia vida. En la interrogación de Dorota apreciamos el lugar privilegiado en el que el profesional se halla posicionado; seudo dios que rige las riendas terrenales.

Otro ejemplo que nos permite evidenciar esta posición distintiva es la designación unívoca que adquiere su investidura: a él se lo denomina *"el doctor".* Los usuarios jamás interpelan al profesional con el nombre de pila o el apellido. En la entrevista con Roberto y Daniela, cuando él cuenta las peripecias en una Sala de Guardia sostiene: *"me atendió un muchacho… y me dij…"* E inmediatamente su fiel compañera interrumpe corrigiendo: *"un doctor".* Esa rectificación expone una clara demarcación entre un enunciado mencionado por cualquier integrante del servicio de salud y aquel que formula el profesional médico. Esta vivencia explicita la autoridad que reviste su investidura: sujeto de la enunciación que garantiza la veracidad del enunciado. *"Me lo dijo el doctor",* constituye una frase que se repite en los diálogos y que certifica esta circunstancia.

Por supuesto que existen excepciones. Una de ellas la configura el médico rural y cardiocirujano Favarolo. Cuando a él se refieren invocan solamente su apellido. Tal vez, su muerte o el prestigio alcanzado posibilita la elipsis.

4.3.a. Callejones Sin Salida

> [...] Entonces por ahí vos haces una, una composición de lugar, ¿no? Entonces decís “si yo lo mando dos años..., a lo mejor se muere haciendo trámites, no logra su objetivo final... Esos dos años los va a pasar muy mal, porque, viste, va a estar lejos de su familia...” [...] Si alguien me cuestiona mucho, y yo no tengo otra cosa que meterlo en el caminito del transplante, viste, ¿me entendés? [...] en cambio, hay pacientes que te dejan actuar y en cierta medida, este, lo que uno le está ofreciendo, quizá sea mejor [...] Esto estoy hablando de patologías terminales, donde la solución no es, en realidad, solución, sino que es apenas, este, un alivio (Anexo, I.2.d.: 313) Entonces como que uno se queda con ese, te guardas lo que llamamos el bicho, ¿no? [...] Es un bicho en el sentido de que es algo que no te va a dejar vivir. Porque a él... él tampoco lo va a poder manejar. Porque yo sé que no va a tener una salida, este, en el sentido de, de lo social, viste. No lo va a lograr. Este… hablando de esos casos extremos, ¿no? ¿Entendés lo que te digo? [...] (Anexo, I.2.b : 314) [el subrayado es nuestro]

En diferentes jornadas y encuentros sobre la disciplina de la bioética es frecuente escuchar a panelistas que definen a la relación médico – paciente hegemónica como “paternalista”. Con esta denominación designan al tipo de vínculo que se establece entre un facultativo que adopta el rol de padre bueno y un enfermo que encarna el papel de hijo obediente. Las funciones se hallan claramente diferenciados: del paciente se espera sumisión, “obedecer de buen grado”, sabiendo que acatando las órdenes logra los mejores resultados mientras que al profesional se le asigna la toma de las decisiones en las alternativas diagnósticas, según considere la más conveniente para el paciente.

La genealogía del concepto “paternalismo” pertenece a un contexto distinto al hospitalario, vinculado a las reivindicaciones sociales que emergen, a finales del siglo diecinueve, en el proceso de gestación de los llamados derechos económicos, sociales y culturales. En este escenario, los obreros cuestionan al concepto de “patrón” como sinónimo de “padre”.

En el presente trabajo de tesis consideramos inapropiado e improductivo la adopción del concepto “paternalismo” para definir un estado de relación. En primer lugar, porque es conceptualmente rechazado dado los presupuestos subyacentes

planteados en la categorización teórica del problema y debido a que no configura nuestro objeto de estudio adoptar un “modelo de relación clínica” y “ajustarlo” a las vivencias que acaecen en el interior del Servicio de C. E. C.

En segundo lugar, debido a que ese término es puesto en el discurso como un dicterio: vocablo peyorativo que se utiliza despectivamente a modo de denigrar e insultar la manera de relacionarse con el otro. Además, porque nos impide preguntarnos por aquello que hace a la relación paternalista. En gruesos rasgos configura una especie de estigma que con el sólo hecho de nombrarlo sabemos a que nos referimos pero que obstaculiza el indagar sobre la complejidad del vínculo sanitario.

En este marco consideramos pertinente abandonar la hipótesis de partida que postula que en la relación médico – paciente el profesional se posiciona en el polo superior y el usuario / paciente en el inferior.

El motivo de la deserción se fundamenta en lo precaria de su formulación. En primer lugar, porque en la relación clínica el profesional en cuanto poseedor de un conocimiento técnico, como sujeto que sabe o domina una técnica cuenta con una supremacía funcional con respecto al paciente. Por ende, la asimetría es un fenómeno propio de la estructura de la relación. En segundo lugar, la confianza que el usuario deposita en el terapeuta se sustenta en el crédito que la sociedad actual consigna a la ciencia médica como institución eficaz en el arte de curar y en el profesional como sujeto competente o en *tal* médico, debido al prestigio adquirido.

Sostenemos que, en esta investigación, lo que no queda fuera de nuestros parámetros sino que por el contrario representa una pregunta péndulo es el interrogarnos sobre si los profesionales reconocen a ese Otro, paciente, como una subjetividad o sólo ven en el usuario a un conjunto de cuerdas y tendones: ¿la asistencia técnica que realiza el profesional sanitario se reduce a “operar” en el

enfermo con el objetivo de localizar y nominar la morbosidad para luego controlarla y eliminarla?

4.4. Medicina Sin Palabras

La nominación de este apartado obedece a una designación utilizada por Platón para nombrar la asistencia médica a la que eran sometidos los esclavos en Atenas. También llamada "veterinaria para hombres" por lo mínima de la comunicación verbal entre el terapeuta y el paciente: "ninguno de tales médicos da ni admite la menor explicación sobre la enfermedad de cada uno de esos esclavos, sino que prescribe lo que la práctica rutinaria le sugiere".

Título propio de un dominio distante en el tiempo y en el espacio pero que nos posibilita pensar el momento cognoscitivo de la consulta clínica en el Servicio de C. E. C. Diagnosticar, desde una perspectiva científico-natural, consiste en rotular nosográficamente un proceso morboso individual. Ejemplo de ello, es la afirmación: este enfermo es un caso de cáncer de pulmón. Supone un saber *qué* tiene, *qué* padece el paciente. *Diagnosis morbi,* denominaban los antiguos médicos a este modo de proceder. (Laín Entralgo, 1964: 378)

En el método clínico, el diagnóstico se basa en la anatomía patológica[53] y en la semiología[54]. Por tanto, para la mentalidad anatomoclínica la enfermedad es una lesión que se localiza en una parte del cuerpo (órgano o tejido) y es esta ubicación la que, en sí misma, la define. Tres son los supuestos principales de esta concepción del diagnóstico: objetivación, tipificación e inducción. La primera consiste en la

[53] Disciplina que se desarrolla a partir de la observación sistemática de cadáveres y que entiende a la enfermedad como una lesión anatómica.
[54] Disciplina que estudia los síntomas y los signos y entiende a estos últimos como manifestaciones físicas de la lesión anatómica misma y que conduce a ella.

contemplación “objetiva” del enfermo por parte del médico, en donde llega a descubrir o rotular el desorden que es sinónimo de enfermedad: “concebido como placa radiográfica, como retorta química o como escenario de un combate biológico, el enfermo es a los ojos del médico un ‘objeto’, y así lo expresa claramente el diagnóstico de su enfermedad”. (Laín Entralgo, 1964: 379)

Esta objetivación es asociada a una tipificación ya que en el diagnóstico se nombra una especie morbosa bien circunscrita que luego es sub - especificada en una *“forma clínica”* dependiendo de la constitución del enfermo (edad, sexo, biotipo), de la localización somática del daño, la intensidad y el curso de la afección, etc. (Laín Entralgo, 1964: 379) De ello se desprende que el diagnóstico clínico supone una inducción lógica.

Este modo de proceder (propiedad de una mirada científico - natural) no dista de la práctica diagnóstica presente en los profesionales médicos en el Servicio de C. E. C.:

> [...] en neurología hay una, hay una sistematización diagnóstica. Primero se identifica cuál es el síndrome, ¿verdad? El síndrome se refiere a cuáles son los síntomas que tiene el paciente. La segunda instancia es ubicar anatómicamente donde está el problema y luego recién la tercera etapa sería encontrar el diagnóstico del origen del problema. Con esos tres pasos, vos entrás siempre ante cualquier caso, desde una simple dolor de cabeza hasta una cosa mucho más complicada, esos, esos tres escalones. Ubicar el síndrome, ubicar lo que se llama la topografía de la lesión y tercero el diagnóstico etiológico que sería el diagnóstico de la causa. (Anexo, II.2.d.: 324) [el subrayado es nuestro]

> [...] el paciente entra eh… se le hace una especie de interrogatorio haber de, de las molestias, es decir, de los síntomas que, que siente, ¿no cierto? o que manifiesta, ¿eh? se lo, se lo examina, ¿eh?, ¿eh? para ver la relación que hay entre los síntomas que él manifiesta y lo que uno, lo que el médico descubre en el examen físico [...] (Anexo, II.1.c.: 303) [el subrayado es nuestro]

Relación objetivante, -denomina el profesor Pedro Laín Entralgo- al modo de vinculación hegemónica en la "medicina clásica" o "científico natural" donde el enfermo se configura al profesional de la salud, como la planta individual al botánico. Lo cual es sinónimo de aseverar que es "simple objeto de contemplación cognoscitiva (espectáculo) y puro objeto de manipulación terapéutica (instrumento de la acción sanadora que el terapeuta ejecuta)". (Laín Entralgo, 1964: 241)

En este contexto la instancia diagnóstica es reducida a un mero interrogatorio por parte del médico y / o los usuarios son escrutados en un “examen objetivo”:

> [...] Eh... atender el consultorio es fundamental porque al enfermo se lo adquiere a través de la consulta, ¿no cierto? [...] cuando uno se está formando eh… es fundamental la parte de consultorio, o sea para poder llegar a un diagnóstico es fundamental lo que se llama interrogatorio, examen y todo ese tipo de cosas que hace que uno más o menos pesquise que enfermedad tiene. (Anexo, I.1.a.: 301) [el subrayado es nuestro]

> [...] el paciente primero tiene un pequeño speach donde, donde estee, expresa que es lo que, lo que siente eh... Luego uno dirige un poco las preguntas hacia lo que uno se va orientando para hablar sin sugerirle, o sea, la respuesta. O sea ¿tiene dolor de cabeza, no? O sea, ahí está sugiriendo. Eso no. Se le pregunta. Y vos vas dirigiendo porque a veces los pacientes por ahí se van por las ramas, como que no se hace estee útil, operativa la, la entrevista. [...] (Anexo, I.2.d.: 322) [el subrayado es nuestro]

> Entonces, prácticamente el paciente sin, sin que diga nada podemos hacer un examen que es muy objetivo y puede determinar cuál es el estado de ese ojo, y el estado visual de ese ojo. La cantidad de visión que tiene ese paciente. (Anexo, I.1.d.: 307) [el subrayado es nuestro]

La medicina clásica o científico natural configura al galeno como una especie de Sherlock Holmes quien indaga, investiga, averigua, pesquisa. Fuera de escena, se halla el diálogo, la charla, la acción de co-ejecutar con el paciente.

En la faena diagnóstica los usuarios son cercenados, convertidos en espectadores. Lo que con este aserto queremos expresar es que a los pacientes no sólo no se los “hace parte” del examen (circunscribiendo su tarea a obedecer órdenes, acatar prescripciones, escuchar el decir de los facultativos y actuar en consecuencia) sino que no se los escucha porque no se los reconoce como subjetividades:

> [...] la traumatóloga me mandó al clínico con un papel que decía lo que tenía y ella me… el doctor ya me dice bueno… cuando yo ya voy me dice: “Bueno –me dice- andate, hacete esto y después pasá de nuevo por acá” (Anexo, II.2.a.: 340)

Al citar las palabras de los médicos, así como las frases de los consultantes se abren nuevos caminos, diferentes vetas que se bifurcan en nuevas intersecciones, calles paralelas y por qué no, algún que otro sendero perdido. Por ello, intentamos detener a los enunciados (con viles estrategias como el subrayado) para que no se nos escapen, para que sólo sirvan a nuestros mezquinos fines. Pero es como querer retener el agua con los dedos de la mano. Los decires, envueltos en desorden, se

escabullen, huyendo en murmullos. Al seguirlos nos enfrentamos con las expresiones expuestas en *"Carne de Hospital".*

Apartado en el que sostenemos la constitución del "usuario tradicional" como el "indigente puro", "individuo de bajos recursos", "persona carente", "con bajo nivel de instrucción", quien "no tiene ninguna preparación".

Esta distinción entre *"usuario careciente"* y *"paciente objeto de contemplación cognoscitiva"* no la consideramos una contradicción. Y no porque aspiremos a la ausencia de oposiciones y conflictos sino debido a que en las aseveraciones de los profesionales médicos observamos una escisión entre el paciente (individuo, "objeto real") y el proceso de salud-enfermedad (patología, "objeto científico"). División, cortadura que implica un desalojo del hombre de la vivencia de su enfermedad.

Con el fin de justificar la conjetura precedente esgrimimos cinco argumentaciones. En primer lugar, evidenciamos (en los enunciados de los facultativos) resabios del principio de base positivista que sostiene la transparencia entre el significante y el significado. Inteligibilidad imbricada en una postura científico-natural en donde la relación entre el sujeto que conoce y el objeto por conocer se concibe exento de todo conflicto. Este presupuesto epistemológico nos habla del ideal de un lenguaje claro y ordenado.

La mirada clínica no compone y descompone para construir un orden o clasificar arbitrariamente la enfermedad sino que su objetivo es sacar a la luz un orden que es el natural mismo. Por ende, la enfermedad se agota en la sintaxis inteligible del significante.

La observación que el médico realiza se basa en una adecuación entre el significante y el significado, exacta superposición entre lo visible y lo manifiesto. Correspondencia que en caso de estar viciada es la misma naturaleza, que en su orden lo delata. Cabanis explica así esta lección de la mala instrucción: "si un profesor

se equivoca, sus errores son revelados en seguida por la naturaleza... cuyo lenguaje es imposible apagar o alterar". [55]

Consideramos que este ideal positivista, que mantiene a la medicina anclada en la biología, es el que habilita a la denominada "objetividad científica". Estimamos que éste es el presupuesto epistemológico que debemos comenzar a deconstruir si aspiramos a una ciencia médica próxima a ese río de sangre tierna que configuran los usuarios.

En las expresiones lingüísticas de los profesionales médicos se halla presente una clara demarcación de lo que comprende el quehacer médico de aquello que no lo es. En los enunciados lo científico queda circunscrito al ámbito de la enfermedad y sus manifestaciones mientras que lo no científico representa todo lo relacionado a la vida del paciente, sus anécdotas e historias:

> [...] esta profesión te da la oportunidad de tener un trato diario con la gente y uno no solamente se entera de los problemas físicos, sino de los problemas tremendamente humanos que está, que uno padece. (Anexo, I.1.a.: 160)

En segundo lugar, sostenemos que ejercer o aprender medicina es sinónimo de estudiar enfermedades clínicas, patologías, malformaciones, síntomas neurológicos, insuficiencias hepáticas, en definitiva, organismos. Quienes se aboquen al estudio de las ciencias médicas, mucho deberán leer sobre la anatomía humana, la anamnesis y sus variadas formas de reconocimiento pero nada se les dirá sobre el enfermo, quien es un mero espectador:

> [...] porque a vos en la facultad y en los hospitales y todo eso, te enseñan medicina, ¿eh? te enseñan, es… es decir, sobre las enfermedades, cómo hacer los diagnósticos, cómo tratarlas, todas esas cosas ¿no cierto? Pero a lo mejor no te enseñan, en la facultad no te van a enseñar educación, ¿eh? No te van a enseñar a tratar bien a, a las demás personas porque eso es una cosa que ya viene de, de cuna, desde que vos naciste, ¿me entendés? (Anexo, I.1.c.: 246) [el subrayado es nuestro]

> [...] En, en la facultad te enseñan, te enseñan el profesor de Clínica Quirúrgica te enseña Clínica Quirúrgica, el profesor de Ginecología te enseña Ginecología. No te va a decir, "mire si la tiene que revisar a la paciente, tápela no la tenga ahí

[55] Cabanis, (1790) Oservations sur les hópitaux. París, pág. 30. En: Foucault, Michael (1966) "El Nacimiento de la Clínica", Siglo Veintiuno editores, Pág. 95.

> desvestida que…" no, no, no. Te van a decir, usted revísela [risas] y la tiene que revisar así, ¿te das cuenta? [...] (Anexo, I.1.c.: 247) [el subrayado es nuestro]

Entonces, la relación que el galeno establezca con el paciente, el trato, el tacto hacia el usuario "depende mucho de la formación que uno traiga de la cuna, es decir, desde la casa" [...] "Eso que uno trae de la casa, eso es lo que estee se va a acoplar a lo que te puedan enseñar en la facultad, ¿no cierto? para tu relación con el paciente, ¿eh?". (Anexo, I.1.c.: 247)

Un episodio transcurrido durante el proceso de escritura de la tesis resulta ilustrativo al respecto. Mientras transcribía las entrevistas algunas amigas me preguntaban ansiosas sobre los quiebres, las rupturas, las contradicciones presentes en el discurso de los profesionales. Cuestionamientos a los que respondía negativamente ya que considero que, en gruesos rasgos, los enunciados se hallan minados de certezas.

Esas certidumbres, esas seguridades no se refieren a una coherencia narrativa en la formulación de las respuestas sino a que no problematizan su práctica: la labor hospitalaria. No evidencio una actitud reflexiva que interrogue, cuestione la tarea dentro del servicio: la propia praxis. Este hecho manifiesta una falencia en la formación epistemológica o al menos en la posibilidad de construir un metalenguaje que indague sobre los modos de proceder.

En tercer lugar, percibimos que las caracterizaciones o singularidades de los pacientes no supone cambios de actitud en la labor del profesional. Ejemplo de ello son las frases: "el médico [...] no hace distingo" (Anexo, I.1.b. :242), "en realidad uno actúa de la misma manera solamente que un paciente desea más información que otro" (Anexo, I.1.d.: 307). Dichas expresiones evidencian una pretensión de generalización y homogeneización de los individuos, desterrando las diferencias.

> Las grandes puertas se abren innecesariamente porque yo no quiero entrar. Se extienden inmensas y silenciosas. Yo no quiero pero me llevan. Los otros ordenan. Ni siquiera debo obedecer. No me consultan. No les importa mi opinión. [...] Me colocan en el borde de una vacía diecisiete y me desvisten sin avisarme. Todos los números me miran. [...] Podría pedirles que no me miren. Rogarle a esta mujer que les dé vuelta las camas, pero ella seguirá tocándome con sus manos gruesas y poderosas. Me maneja. Me desnuda y dobla la ropa impasiblemente mi ropa y yo desnuda. [...] Ella me la pondrá cuando quiera y me acostará cuando quiera y dependeré de su voluntad de ahora en adelante. (Dos Santos, 1965: 17 – 18)

Citamos el texto de la escritora Estela Dos Santos porque consideramos que su lúcida voz nos permite apreciar el desdoblamiento que vivencia el usuario al ingresar a la institución sanitaria debido a que el cuerpo queda atrapado en una red que lo clasifica, analiza y parcializa. En *Gutural*, Estela Dos Santos, narra el destierro que vivencia una enferma cuando ingresa a una sala de internación; mecanismo de escisión, exilio del propio cuerpo del que también son protagonistas los usuarios que asisten a consulta ambulatoria:

> No, no él, o sea, no me dijo nada de lo que podía tener. Nada más que está todo bien de sangre, de corazón, radiografías estaba todo bien. Así que directamente voy a operar, a operarme. Nada más [...] Los resultados de las cosas las vio él nomás, o sea, y no me dijo qué es lo que tenés, tanto de esto, tanto de lo otro. No, me dijo: "Está todo perfecto". Y bueno, yo me quedé contenta, o sea… (Anexo, II.1.a.: 329)
>
> [...] yo, o sea, detrás del ombligo tengo como si fuese una bolita, una bolita o como un huevo y debe ser del tamaño de un huevo supongo yo. Porque me dijo "Sí madre es hernia y hay que operar sí o sí". O sea, que supongo que es un tamaño como para sacarlo, o sea, supongo que si hubiese sido chiquita estee no me molestaría tanto, no me dolería tanto a mí. Pero como me molesta mucho entonces… supongo que por eso… (Anexo, II.1.a.: 330)
>
> [...] No es una operación complicada sino… no sé de, de cuanto tiempo será pero creo que es cortita, así que … por eso también no me hago tanto problema. Mientras que me salga todo bien, viste… lo demás estee… (Anexo, II.1.a.: 268)

El organismo de Vilma pasa a ser confiscado por los otros: los profesionales, los radiólogos, los bioquímicos. Ellos la colocan en muestras de orina y de sangre, ella es una placa radiográfica o un electrocardiograma normal. Frente a ello, Vilma, responde confiada. Lejos de sus pensamientos se halla contradecir o interpelar al facultativo en busca de aclaraciones. Nuestra protagonista entiende (según precepto médico) que *"el cuchillo"* es la mejor alternativa viable.

En *"la puesta en escena"* afirmamos que la consulta se halla rodeada de técnicas de documentación y registro que configuran a los usuarios en objetos susceptibles de

ser descriptos y analizados. Ahora, estamos en condiciones de sostener que esos dispositivos de objetivación no se agotan en los sistemas notariales para acceder a un turno sino que se prologan al interior del consultorio.

Cabe aclarar que se crea una red de escritura / experiencia / saber que engarza al usuario con el concepto de individuo como un ser indiviso, solo y aislado: individuo biológico.

En quinto lugar y como consecuencia de los párrafos precedentes sostenemos que en la vida hospitalaria el centro de las miradas, debates e interconsultas se halla situado en la señora morbosidad:

> [...] Eso sirve para mejorar la atención porque entre el grupo de gente que evalúa un, una patología determinada, las posibilidades de error son mínimas o menos, y además sirve para aprendizaje, tiene una doble función. (Anexo, I.1.a.: 299) [el subrayado es nuestro]

> [...] entonces llegan grandes problemas, grandes tumores, grandes cánceres, grandes úlceras de las piernas**,** por ejemplo nosotros vemos mucho que aparecen en las piernas, en la cara inferior..., en el tercio inferior de las piernas, úlceras venosas, y vienen ya con unas úlceras tremendas, que en la actividad privada jamás se ve. (Anexo, I.1.b.: 162) [el subrayado es nuestro]

Postulamos que quienes ingresan al consultorio y a quienes hay que tratar asépticamente son patologías, malformaciones: “tumores”, “cánceres”, “grandes úlceras de las piernas”; no personas, subjetividades, con historias y metas particulares.

La axiomática que instaura el discurso médico hegemónico se halla presente con más nitidez en los enunciados de los profesionales médicos en las especialidades de clínica quirúrgica, que en las de clínica médica. En los susurros de la clínica soberana encontramos *las fisuras*.

Luego del recorrido transcurrido, de planteos problematizadores que interpelan aquello que se nos presenta como obvio y relativizan lo absoluto perdimos nuestro objeto de estudio: la relación médico-paciente. De cuál vínculo podemos hablar si tenemos presente que la clínica médica ha reducido el encuentro interpersonal a un

par complementario de protagonistas para centrarse en la hegemonía de una mirada unívoca: la del profesional que localiza en el organismo del paciente la morbosidad.

La relación que el facultativo establece con el usuario no es propia de dos subjetividades que se enfrentan sino que se desliza a una mirada efectuada por el galeno en busca del espacio de localización de la disfunción. Vínculo que no se halla sustentado por el encuentro de dos subjetividades sino por escudriñar una patología.

4.4.a. El Telón de Fondo

Los médicos comparten una matriz disciplinar o -en términos foucaultianos- son acuñados en una misma formación discursiva; entendiendo por esta al discurso médico moderno que nace a fines del siglo dieciocho y comienzos del siglo diecinueve. Esta disciplina se constituye como un vínculo de encuentro entre el médico y el enfermo bajo el amparo de una mirada que sería puro lenguaje: ojo que hablaría. (Foucault, 1966)

El examen clínico, la reorganización de las escuelas y hospitales y el descubrimiento de la anatomía patológica se vinculan para crear el nuevo espíritu médico, o sea, la clínica médica como ciencia. Los hospitales se convierten en lugares fundamentales para el logro de un conocimiento autónomo debido a que el aprendiz y el maestro comparten en el examen del paciente un mismo lenguaje, donde la verdad, a través del síntoma, se enseña por sí misma.

El historiador médico Erwin Ackerknecht utiliza el término “medicina hospitalaria” para referirse a este período de la historia de las ciencias médicas ya que el seguimiento del enfermo en vida, su diagnóstico y la confirmación posterior de este en la morgue con la autopsia requieren del hospital; espacio propicio para producir esa

experiencia / escritura / saber porque tanto vivos como muertos son detenidos y observados por los médicos.

Al comienzo del presente capítulo afirmamos la necesidad de apoderarnos del sujeto de la enunciación, liberarnos del improductivo resguardo de la teoría. Ahora consideramos pertinente, con el fin de enriquecer la mirada y a modo de telón de fondo, recurrir a la caja de herramientas foucaultianas.

El autor francés, en el *Nacimiento de la Clínica,* (Foucault: 1966) contrapone a un texto de Pomme -elaborado en 1768 sobre enfermedades encefálicas- un texto de Boyle fruto de una investigación sobre el mismo tema, realizada en París, en 1825. Llega a esta conclusión:

> [...] entre el texto de Pomme que llevaba a su forma última los viejos mitos de la patología nerviosa y el de Bayle que describía, para un tiempo de cual no hemos salido aún, las lesiones encefálicas de la parálisis general, la diferencia es ínfima y total. Total, para nosotros, porque cada palabra de Bayle, en su precisión cualitativa, guía nuestra mirada en un mundo de constante visibilidad, mientras que el texto anterior nos habla el lenguaje, sin apoyo perceptivo, de los fantasmas. (Foucault, 1966: 2)

El nacimiento de la clínica moderna, tal cual la conocemos hoy, ocurre por un cambio en el régimen de visibilidad. Modificación que no obedece a que los médicos comienzan a percibir luego de haber especulado durante mucho tiempo o a escuchar a la razón más que a la imaginación sino a que la relación entre lo visible y lo invisible cambia de estructura, entre las palabras y las cosas se traba una nueva alianza, que hace ver y decir: “ha cambiado la configuración sorda en la que se apoya el lenguaje, la relación de situación y de postura, entre el que habla y aquello de lo cual habla”. (Foucault, 1966: 3)

Ahora bien, ¿a partir de qué momento, en qué circunstancias se produce ésta transformación? Acontece a través de un desplazamiento del dominio del espacio por el que se comunican médicos y enfermos: nervios tensos, sequedad ardiente, órganos endurecidos o quemados son traspolados a la singularidad del enfermo. Se configura así, la región de los *“síntomas subjetivos”* que se constituyen para el médico no ya el

modo del conocimiento sino el mundo de los objetos por conocer: es el discurso reductor del médico el que a través de su mirada positiva funda los objetos, describe la presencia de la enfermedad en el cuerpo.

Existe una nueva estructura que se halla señalada por el cambio ínfimo pero decisivo de la pregunta: ¿qué tiene usted? con la cual se iniciaba en el siglo dieciocho el diálogo médico por: ¿a dónde le duele a usted? Es aquí el médico y más específicamente su mirada la que se convierte en depositario y en la fuente de la claridad:

> Es él el que tiene el poder de traer a la luz una verdad que no recibe sino en la medida en que él la ha dado a la luz. Las formas de la racionalidad médica se hunden en el espesor maravilloso de la percepción, ofreciendo como primera cara de la verdad el grano de las cosas, su color, sus manchas, su dureza, su adherencia. El espacio de la experiencia parece identificarse con el dominio de la mirada atenta, de esta vigilancia empírica abierta a la evidencia de los únicos contenidos visibles. (Foucault, 1966: 6)

Este nuevo régimen de visibilidad supone a la mirada y al objeto vinculados por naturaleza y por origen. Por ello no debemos afirmar que es la concepción de la enfermedad la que cambia primero y luego la manera de reconocerla sino por el contrario, es la relación de la enfermedad con esta mirada a la cual se ofrece y que al mismo tiempo la constituye la que produce el cambio: “la mirada médica es la que abre el secreto de la enfermedad, y esta visibilidad es la que hace a la enfermedad penetrable a la percepción”.

Cada elemento que se percibe -sostiene Foucault- se registra como un acontecimiento y de la evolución incierta en la cual este se encuentra colocado nace una serie aleatoria. El individuo al que se investiga configura un hecho patológico, es decir, un caso debido a que es indefinidamente reproducible a todos los enfermos aparentemente afectados.

El investigador Salessi expresa que “si bien es cierto que la medicina argentina copió muy de cerca los avances de la medicina europea, hay que destacar el contexto cultural, temporal y socio histórico distinto de prácticas y discursos que tenían una

historia local". (Salessi, 1995 : 162) En su libro *médicos maleantes y maricas: Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina. (Buenos Aires: 1871 – 1914)* sostiene que en nuestro país fue central para la organización y consolidación del Estado la combinación de circunstancias socio históricas locales y mundiales, la disciplina y el discurso de la higiene, la medicina legal y la criminología de fines del siglo diecinueve y principios del siglo veinte:

> Los higienistas, criminólogos y sociólogos, en Argentina, al mismo tiempo que se enfrentaron al problema de la extracción de datos de los cuerpos (datos que al ser "puestos en obra", escritos, iban a conformar un saber de las nuevas ciencias), modernizaron el Estado y el electorado argentino contabilizando, identificando, observando y separando los cuerpos vivos y muertos [...] Los médicos higienistas reconstruyeron la ciudad [de Buenos Aires] que en el imaginario nacional e internacional reemplazó metonímicamente al país, promovieron, acompañaron y vigilaron las grandes corrientes de población que proveyeron la mano de obra nómade barata posibilitando la integración del país a la economía mundial. (Salessi, 1995 : 163)

Cabe aclarar que no es el objetivo del presente trabajo de tesis explicar el proceso de modernización científico argentino; recomendamos para ello la lectura de *médicos maleantes y maricas: higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina* de Jorge Salessi. Dejamos en claro que nuestra referencia a la emergencia de la clínica médica es sólo a modo de telón de fondo: especie de lienzo apolillado y desteñido de esos escenarios viejos de pueblo.

Recapitulando, la disciplina médica (para devenir en ciencia) toma al individuo como objeto de estudio perdiendo en este sacrificio su aspecto subjetivo. Las emociones y deseos, como así también el modo particular de llevar e interpretar por el paciente su patología quedan al margen del quehacer médico, a fin de centrarse en lo puramente orgánico.

Sirva para hacer un alto en el recorrido del camino, para interrumpir este discurso que se bifurca y no cesa de engarzar nuevas relaciones unas palabras de William Ospina (1994: 82):

Lo que no imaginábamos es que ese curioso proceso de desalojo del hombre de todo lo que antes le dio sentido a su vida, ese proceso por el cual el capital nos expulsa de todos los sitios que fueron gratuitamente nuestro reino para hacer que paguemos por cada cosa, por el amor, por la amistad, por el mundo, por las estrellas, por el agua y el aire, nos llevaría al caso alarmante y extremo: el de ser expulsados de nosotros mismos y de todo saber sobre nuestra propia sustancia. La ciencia declaró ilegítimo todo el saber que la tradición nos había legado sobre nuestro cuerpo, lo confinó al territorio de la superstición, y se erigió en la única propietaria de un saber válido sobre la salud y la enfermedad, sobre la vida y la muerte.

4.5. Vasos Comunicantes

> [...] y directamente me dijo: “andate a Santa Fe, vos no tenés mutual, andate a Santa Fe a Cirugía directamente y hablá con algún doctor de turno o quien esté” (Anexo, II.1.a.: 328)
>
> Me mandaron a Rosario, me hicieron el cateterismo allá, cuando traje el resultado Vicario me dijo “Bueno, usted se tiene que ir a cuchillo. (Anexo, II.2.b.: 344)
>
> [...] Me dijo la dermatóloga: “andá a hablar con Salva, que te lo saque” . (Anexo, II.1.b.: 221)

En las reconstrucciones que los pacientes realizan de los diálogos mantenidos con los profesionales apreciamos como modalidad de enunciación predominante la intimación. Entendiendo por ésta a la relación que el sujeto de la enunciación (agente sanitario) establece con el interlocutor (usuario ambulatorio) que se caracteriza por la formulación de una orden.

Muestra de ello configuran los verbos utilizados para interpelar a los usuarios: “me mandó a ver al hijo” (Anexo, II.1.a.: 328), “bueno –me dice- andate, hacete esto y después pasá de nuevo por acá" (Anexo, II.1.a.: 340). Mandatos, prescripciones, imposiciones componen el modo imperativo que prevalece en la relación y en donde el paciente constituye una especie de paquete o encomienda al que se deriva de un lugar a otro.

Es preciso aclarar que los usuarios que asisten a una consulta ambulatoria -en su mayoría- no sólo gozan de capacidad motriz sino que configuran agentes competentes. A pesar de ello, evidenciamos que sus relatos se hallan traspasados por esa imposibilidad de decidir: la gama de alternativas y disposiciones se halla en manos del profesional

La nota, el papel, la derivación es el canal de comunicación que utilizan los profesionales médicos para prescribir, derivar, interconsultar:

> [...] yo vine con una nota de Clínica Médica, me vio la doctora Perotti, leyó la, la nota que me mandaban y me empezó a tratar con… primero análisis, electrocardiograma y ergometría [...] Y después de eso me mandó ya a Vicario porque me dice "esto me parece que va para mayores" entonces me mandó a Vicario. Le mandó una nota, me empezó a ver el doctor Vicario, me empezó a atender él y me dice: "Bueno, como primeras medidas vamos a hacer un cateterismo". (Anexo, II.2.b.: 346) [el subrayado es nuestro]

> Claro él veía lo que, lo que figuraba, lo que escribe la dermatóloga y… y te dice: "Bueno, lo vamos a sacar" (Anexo, II.1.b.: 331) [el subrayado es nuestro]

En este marco al usuario se lo posiciona en el custodio de una palabra, de un saber: sujeto de enunciado que queda excluido de la posibilidad de ser sujeto de la enunciación. Consideramos que la conversación que el médico establece con el paciente se limita, primero, a indagar los síntomas que le posibiliten arribar a la disfunción que lo aqueja. Luego la tarea consiste en enunciar indicaciones que viran desde recetar tal medicamento, prescribir la realización de un análisis u ordenar un determinado estudio. Las expresiones que el profesional manifiesta se circunscriben a que el interlocutor obtenga los suficientes datos para cumplir eficazmente la orden.

Esta cadena de escritura que engarza, liga a los galenos en un código en común. Consecuencia de este proceso de destierro constituye la desinformación que el paciente tiene sobre su proceso de salud-enfermedad:

> [...] yo empecé problemas como te dije, con problemas en, en una… digestión viste así, yo siempre tuve más que nada problemas así en la digestión. El organismo mío no sé es medio, es medio extraño no sé … (Anexo, II.1.c.: 333) [el subrayado es nuestro]

> Yo no entiendo nada, pregunto por curiosidad nada más. O sea, ahora yo quisiera saber por qué, porque yo después vengo acá y leo. Yo tenía tanto de RIN y después me bajaron a tanto de RIN y ahora que tengo menos me aumentan la dosis. (Anexo, II.2.c.: 353)

Hay una historia muy pintoresca que ejemplifica esta escena. En un feudo muy lejano, de esos que ya no existen, se hallaba una princesa muy triste quien nunca sonreía. El todopoderoso rey decidió organizar un concurso en su reino bajo el lema *"una sonrisa de Marisa"*. Como consecuencia del certamen y de que el soberano era muy generoso miles de bufones, centenares de malabaristas y artistas aficionados se acercaron al palacio con el firme propósito de hacer sonreír a la bella princesa. Pero

luego de trucos de magia, de cientos de piruetas y acrobacias de equilibristas y quimeras de ilusionistas la joven proseguía inmutable. Un día llegó un sabio al pueblo, luego de meditar un par de semanas y con el firme propósito de hacer del rey su mecenas preguntó: *"¿alguien le dijo que es ciega?".*

Recapitulando, concebir a la instancia diagnóstica bajo una perspectiva científico natural implica reducir la tarea del médico a descubrir un proceso morboso individual, lo que es sinónimo de agotar el encuentro a revelar e informar una patología.

Si analizamos este procedimiento a la luz del vocablo comunicación cuya noción etimológica "communico" en latín quiere decir "poner o tener en común", estimamos que el encuentro entre el profesional de la salud y el paciente poco conoce de "estar con el otro" y nada entiende de "actuar en común".

Toda comunicación supone, además, una tensión entre "unión", "comunión" y "mediación", "instrumentalización". En la consulta ambulatoria prevalece lo instrumental. La primera mediación es realizada por la mirada positiva del profesional médico.

En segundo lugar, nos hallamos frente a la tecnificación de los mecanismos de diagnóstico. Los conocimientos básicos del médico para identificar una disfunción han dado lugar a sofisticados equipos y refinados procedimientos:

> Hoy tenemos métodos de estudio que antes no existían, la ecografía por ejemplo una cosa que hace, no hace muchos años que está en uso y que nos permite hacer unos diagnósticos que antes era de sospecha por examen clínico, por la semiología, por los ana.... Había un margen de error que hoy, con eso no, prácticamente no existe, ¿no? (Anexo, I.1.a.: 300)

En las especialidades con preeminencia quirúrgica se halla presente el ideal de un progreso indefinido; la creencia en que los nuevos mecanismos de diagnóstico permitirán resolver casos que son dilemáticos en la actualidad.

En esta línea de pensamiento es conveniente recordar las frases de un especialista quien sostuvo "en oftalmología con observarlos generalmente ya se evacuan las dudas del médico. A veces el paciente puede no hablar, no decir nada [...] y generalmente al

paciente se le encuentra que le está pasando" (Anexo, I.1.d.: 306). En otras palabras, los instrumentos con que cuenta la ciencia moderna permite prescindir, "en las especialidades objetivas" de la clínica soberana.

Creemos pertinente deslindar una distinción entre información y conocimiento. El primer vocablo consiste simplemente en ofrecer un repertorio de posibles respuestas, supone estar en condiciones de responder a una demanda. Por su parte, el conocimiento privilegia esa intencionalidad de comprensión, de consenso, de emancipación. Vocablo ligado a una capacidad de actuar y comunicarse.

Cuando el profesional de la salud explicita al paciente sobre el tratamiento a seguir o en qué consiste su estado morboso lo esta informando, es decir, no persigue hacer del usuario un agente responsable y que él pueda decidir o participar de posibles diálogos con respecto a su proceso de salud - enfermedad.

Con este aserto expresamos que entender al conocimiento como información lo transforma en mercancía, mero valor de cambio. De tal modo que saber de sí mismo consiste en conocer un precio y no cuidar una dignidad:

> La costumbre de los médicos de guardar el secreto del mal que reconocen y curan, de recetarnos sustancias que debemos consumir en el silencio de una ignorancia cómplice y sumisa, nos hace vivir lejos de nuestro propio cuerpo y de algunas de sus más inquietantes manifestaciones. (Ospina, 1994: 87)

4.6. Las Fisuras

Este apartado remite a los quiebres que inscriben la trama que se configura entre el usuario y el profesional médico. Grieta que emerge, paradójicamente, del lado del usuario:

> Los que más preguntan son, te diría, aquellos que vienen con muchos síntomas, pero inclusive no son cardiacos, son los neuróticos, viste. Ese es el problema de la medicina ¿no?, que hay muchos que sienten cosas y no están enfermos [...] Porque el paciente está sufriendo por otro lado, no es que esté inventando lo que tiene, ¿verdad? Porque ese paciente a lo mejor no tiene nada acá y se va entonces al cirujano, viste, con un dolor de panza a lo mejor, viste… Por ahí termina... ¿vos sabés que en el hospital terminan muchos operados? Y este, y después de un tiempito se sienten bien, viste, porque es una cuestión de que como si me agredieron, este, un poquito mejor me siento, [risita] no sé como decirte. Tengo que sufrir para sentirme bien. Debe ser, este, yo supongo que, este, razonará así el paciente. (Anexo, I.2.b.: 317) [el subrayado es nuestro]

Es en la voz del paciente neurótico[56] en donde escuchamos una queja contra la medicina científico-natural. Este reclamo, a modo de una pequeña querella, posiciona en tela de juicio a la objetivación científica, debido a que siendo él persona, sujeto, se resiste a que se le trate técnicamente como puro objeto de contemplación cognoscitiva.

Este usuario que *"se te pegotea mucho, estee, te exige mucho"* (Anexo, I.2.b.: 316) está enfermo sin poseer ninguna patología orgánica; él es el que, en el interior del consultorio, subvierte la concepción médica hegemónica. Es a partir de ese susurro de un dolor no anatómico, de esa molestia que dice sin referenciar, de esa afección que

[56] "Neurosis" fue originalmente un término psiquiátrico y, en el siglo XIX, llegó a designar toda una gama de desórdenes nerviosos definidos por una amplia variedad de síntomas. Freud lo utiliza de diversos modos, a veces con un carácter general, aplicándolo a todos los trastornos mentales (en sus primeras obras), y a veces con referencia a tipos patológicos específicos (en oposición a Psicosis). En el presente trabajo adscribimos al concepto lacaniano de neurosis. En su obra la palabra "neurosis" aparece siempre en oposición a psicosis y perversión y no se refiere a un conjunto de síntomas sino a una particular estructura clínica. Entonces, mientras que Freud ve la neurosis como una enfermedad que se puede curar, para Lacan es una estructura de modificación imposible. La meta del tratamiento psicoanalítico no es la erradicación de la neurosis sino la modificación de la posición del sujeto ante la neurosis. (Evans, 1996 : 137)

no se encuentra en ninguna radiografía en donde son cuestionados vocablos como “salud” y “enfermedad”.

El paciente neurótico cumple con el tratamiento indicado, realiza los estudios, ingiere los medicamentos, es decir, obedeciendo de buen grado erosiona, astilla la medicina científico-natural dado que esta es ineficaz en su tratamiento.

Freud en *Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas* (Freud: 1893) sostiene que la lesión de las parálisis histéricas es completamente independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y demás manifestaciones como si la anatomía no existiese o como si no tuviese ningún conocimiento de ella. (Freud, 1893 : 19)

Lo que el fundador del psicoanálisis expresa, a fines del siglo diecinueve, es que es posible encontrar alteración funcional sin lesión orgánica concomitante o por lo menos sin lesión reconocible aún por medio del análisis más sutil.

En este marco, al enfermo de neurosis histérica no es posible comprenderlo bajo una anatomía objetiva que enseñan los textos de la medicina anatomoclínica sino que es preciso recurrir a la psicología, a la subjetivación de la enfermedad por parte del enfermo, en donde la localización de la parálisis depende de la idea que el paciente tenga de su propio cuerpo. La apuesta consiste no en enfrentarse a la histeria como enfermedad objetiva y típica, sino en buscar lo que para el paciente aunque no sea consciente de ello, es *su histeria*.

El tratamiento psicoanalítico de los trastornos neuróticos configura una profunda innovación clínica debido a que introduce al sujeto en la medicina. Entrada sinuosa que nos viene a decir que los problemas relacionados con la salud y la enfermedad no pueden circunscribirse a lo puramente orgánico. A partir de Freud el paciente comienza a ser -desde un punto de vista estrictamente científico y técnico- sujeto, persona.

Hallamos un paralelo entre la terapéutica que se les ejerce a las enfermas histéricas de la Salpetriére[57] y la práctica hospitalaria que realiza el Dr. Moli en el largometraje *la nodriza*[58]. En este película percibimos -más allá de la catástrofe de identidades que produce la lectura de una carta- una metamorfosis en la tarea sanitaria que efectúa el facultativo. En una de las escenas iniciales encontramos sobre su escritorio papeles de trabajo: un conjunto de fotogramas de rostros de mujeres con diferentes inscripciones que sugieren que la labor del profesional se halla centrada en clasificar, ordenar, rotular sistemáticamente los rasgos de las enfermas, sin conocer nada de las vivencias de esas mujeres, de lo que les ocurre con su enfermedad. Al final del film conocemos a un profesor Moli diferente, que se pregunta sobre el lugar que el amor y el afecto ocupa en la acción terapéutica. Esta transformación de su praxis se manifiesta en la lectura de un escrito a una de sus *mujeres locas*.

El paciente neurótico recorre las diferentes secciones en busca de una respuesta y en algunos casos encuentra un placebo que logra calmar su angustia: *"hay pacientes que necesitan ser medicados [...] si vos les decís que no tienen nada, este, lo que yo te decía, entran a pasar de un consultorio a otro. Porque en realidad algo tienen ¿eh?, lo que pasa es que yo no se lo puedo solucionar [...]"* (Anexo, I.2.b.: 318). En este enfermo se inscriben otras de las caras del caleidoscopio de la imposibilidad: faceta no relacionada con la inadecuada infraestructura hospitalaria o al escaso presupuesto sino con el rostro de una demanda que es impensada desde una postura científico-natural. Muestra de ello es que los profesionales que trabajan en el Servicio de C. E. C. no pueden derivar a esos pacientes:

> Lo que me molesta mucho [...] quizás porque no tenemos forma de derivar son los neuróticos, viste, este. El neurótico se te pegotea mucho, estee, te exige mucho. Y uno en el hospital todavía no hay un, no hay un, no hay psicólogos, por ejemplo. Fijate que los psicólogos están sin trabajo la mayoría sin embargo, este, el Ministerio no los nombra en el hospital, no, no tienen, este, ubicación, todavía es como que... Y si, y cada vez hay mayor exigencia, cada vez hay más pacientes para derivarlos, ¿no? (Anexo, I.2.b.: 316)

[57] S. Freud realiza el estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas mediante observaciones efectuadas en el hospital Salpetriere (París)
[58] Marco Bellocchio: (1999) "La Nodriza", Italia. (Título original: La Baila)

En *“el telón de fondo”* afirmamos que el examen clínico, la reorganización de las escuelas y hospitales y el descubrimiento de la anatomía patológica se vinculan para fundar la clínica médica como ciencia. Consideramos que, en el decir del paciente neurótico, la mirada positiva (biologicista, organicista e individualista) encuentra un cuestionamiento a su práctica. Esta erosión posibilita la emergencia de un nuevo concepto de salud integral (según la categorización de la OMS[59]) entendida como equilibrio psíquico, físico y emocional.

Una vez que comenzamos a desandar el camino de la ciencia positiva debemos aventurarnos a comprender al enfermo -en la instancia diagnóstica- no como un mero “paciente” de su enfermedad sino como un individuo que co-ejecuta con el profesional. Muestra de la coejecución del enfermo es su actitud en la narración al médico de los síntomas subjetivos, datos, es decir, la forma de describir los detalles de su padecimiento que la desconfianza o cierto temor en el terapeuta hace silenciar. Esto implica que el diagnóstico se halla influido por las acciones y preconceptos con que el paciente ingresa al consultorio: *"La misma úlcera de estómago* -sostiene Marañon[60]- *es una enfermedad completamente diferente en un segador y en un profesor de filosofía".*

Cabe aclarar que hablar de un “con saber” entre el médico y el usuario no supone proclamar un craso relativismo cognitivo en donde es posible diagnosticar como cáncer de pulmón una úlcera gástrica sino que entendemos que la enfermedad “es” en un enfermo que la padece y que al individuo “ser persona” le otorga siempre al cuadro clínico una originalidad imprevisible.

En este marco no debemos comprender la indicación terapéutica que realiza el facultativo desde una percepción literal, restrictiva y por lo tanto referida estrictamente

[59] Organización Mundial de la Salud

a operar en el organismo sino que el desafío consiste en entenderla en un sentido amplio, conscientes de que enfermamos no sólo orgánicamente sino que también lo hacemos psíquica y emocionalmente.

Percibimos una bocanada de aire puro en el decir de la especialista en Infectología. En primer lugar, porque incluye dentro del concepto "paciente problemático o con un cuadro difícil de diagnosticar" cuestiones de índole socioeconómica y aspectos pertenecientes a la vida del paciente (por ejemplo, que habite a más de mil kilómetros de distancia) y no solamente circunstancias relativas a la morbosidad que lo aqueja. Se desquebraja, de este modo, la dicotomía que distingue por un lado, el problema social y por el otro, la afección patológica. Esta diferenciación se constituye a modo de demarcación entre el quehacer médico de aquello que no lo es.[61] Además, porque en su voz podemos escuchar que la investidura del galeno, su palabra (en la entrega del resultado de hiv) es susceptible de ser reemplazada por otro agente de salud:

> [...] el asistente social en nuestro caso por ejemplo acá, realmente tantos años hace que está trabajando con nosotros que es una persona que puede suplir al médico eh, en la información que le está diciendo a menos en primera instancia. Y la psicóloga. (Anexo, I.2.e.: 326)

En *Carne de Hospital* postulamos que la construcción discursiva de las identidades "médico" y "paciente" en el Servicio de C. E. C. se realiza en términos de lógica de la diferencia debido a que apreciamos la constitución de una clara demarcación entre el ámbito que corresponde a los facultativos y el terreno delimitado a los usuarios: por un lado, el saber médico, hombre culto, chaleco blanco, estetoscopio y del otro, el indigente puro, inculto, enfermo, quien no se higieniza, no se viste bien, no se alimenta bien. Las relaciones entre los agentes intervinientes se fijan como un conjunto de

---

[60] Gregorio Marañón (1887 – 1960) médico español. En Diego Gracia "Marañón y la ética médica", intervención en una Mesa Redonda "Marañón y la Ética" organizada por la Fundación Gregorio Marañón, del 7 al 9 de noviembre de 1990. (B.I.L.E. Número 12. Octubre 1991)

[61] Ver apartado: Medicina sin palabras en donde afirmamos una clara divisoria de aguas (presente en el discurso de los profesionales médicos) entre lo científico (ámbito de la enfermedad y sus manifestaciones) y lo no científico (aspectos de la vida del paciente)

posiciones diferenciales, en donde cada sector se presenta distinto al otro y ocupando un lugar específico.

En el decir de la médica infectóloga se revela la precariedad y contingencia de ese ordenamiento de roles y rangos ya que, por un lado, postula la posibilidad de que otro agente sanitario (asistente social y psicóloga) ocupe el rol del facultativo y por el otro, crea lazos de solidaridad con el usuario:

> un paciente con sida inicia su tratamiento y vos le pasás toda su vida diciendo de que no omita ni siquiera una dosis porque el virus aprende fácilmente a hacerse resistente al tratamiento, ¿qué pasa? El plan nacional pasan dos o tres semanas que no le entregan las drogas, dice: "¿y doctora no es malo que yo omita dos semanas sin tomar tal o cual pastilla?" Y vos que le tenés que decir, "sí, es malo. Te acordás que yo te dije que ni siquiera una podés prescindir". Yo no te puedo solucionar el problema, el hospital no te puede solucionar el problema, eh… Nación no te puede solucionar el problema ¿dónde está la plata?, ¿dónde están las drogas?, ¿dónde la cordura de, de decirle a un paciente que lleva una información que es la real y la avalada científicamente y la realidad de ese paciente es otra? (Anexo, I.2.e.: 264)

Esta nueva trama que se teje y entrecruza introduce inestabilidad en las relaciones diferenciales establecidas debido a que emergen nuevas alianzas y micropoderes: el Estado Nacional y el Provincial configuran "los otros" debido a que no cumplen con sus obligaciones; como así también aquellos profesionales médicos que asisten a la institución con un único objetivo, facturar:

> Cuando hablo de médico hablo de esa persona [por persona responsable que más allá de los intereses económicos prima absolutamente la vida y el mejoramiento del paciente] ¿eh?, no hablo de otras personas que lo único que le interesa es shittt [...] facturar. (Anexo, I.2.e.: 266)

Consecuentes con esta línea de pensamiento postulamos que la cadena discursiva de significantes ("indigente puro", "no tiene ninguna preparación", "nivel de entendimiento menor", "falto de cultura") que se asocian al significante paciente tradicional es subvertida en la voz de la médica clínica con especialidad en infectología: ella enuncia vocablos como "polimorfo", "heterogéneo" para designar al usuario que asiste al hospital.

5. CONSIDERACIONES FINALES

EL PADRE: Sólo quería saber, caballero, si usted, tal como es ahora, podía verse, por ejemplo... a distancia, en el pasado: como fue usted un día, con todas aquellas ilusiones que a usted le parecían realidades... ¡y lo eran, para usted...! Pues bien caballero: al recordar aquellas ilusiones desvanecidas, ¿no siente usted que se le hunde el terreno donde pisa, al pensar que, del mismo modo, “esto” que siente usted ahora, toda su realidad actual, está destinada a parecerle mañana otra ilusión desvanecida?

EL DIRECTOR: Bien. ¿Y qué quiere usted deducir de eso?

EL PADRE: ¡Oh, nada, caballero! Hacerle ver que, si nosotros *(los personajes),* aparte de la ilusión, no tenemos otra realidad, debe usted desconfiar de la suya: de la realidad que hoy siente y respira; porque, como la de ayer, puede ser mañana sólo una ilusión.

EL DIRECTOR: *(Tomándolo a risa)* ¡Eso es muy bueno! ¡Sólo le falta añadir que usted es más real y más verdadero que yo!

EL PADRE: (con la mayor seriedad) ¡No le quepa la menor duda, caballero! [...] Puesto que su realidad puede cambiar de hoy a mañana...

EL DIRECTOR: ¡Naturalmente! ¡Está cambiando siempre! ¡Como la de todos!

EL PADRE: *(Gritando)* ¡Menos la nuestra, caballero! ¡Esa es la diferencia! ¡La nuestra no cambia! ¡No puede cambiar ya nunca; porque ha sido fijada para siempre... esta horrible realidad inmutable! ¿No sienten ustedes un escalofrío al pretender interpretarnos?

Luigi Pirandello.

5.1. Tres cocineros y un huevo frito

> Hay tres cocineros en un hotel; el primero llama al segundo y le dice: "Atiéndeme ese huevo frito; debe ser así: no muy pasado, regular de sal, sin vinagre"; pero a este segundo viene su mujer a decir que le han robado la cartera, por lo que se dirige al tercero: "Por favor, atiéndeme este huevo frito que me encargó Nicolás y debe ser así y así" y parte a ver cómo le habían robado a su mujer.
>
> Como el primer cocinero no llega, el huevo está hecho y no se sabe a quién servirlo; se le encarga entonces al mensajero llevarlo al mozo que lo pidió, previa averiguación del caso; pero el mozo no aparece y el huevo en tanto se enfría y marchita. Después de molestar con preguntas a todos los clientes del hotel se da con el que había pedido el huevo frito. El cliente mira detenidamente, saborea, compara con sus recuerdos y dice que en su vida ha comido un huevo frito más delicioso [...] Como el gran jefe de fiscalización de los procedimientos culinarios llega a saber todo lo que había pasado [...] estatuye en las reglas culinarias que todo huevo frito debe ser en una tercera parte trabajado por un diferente cocinero. (Fernández Macedonio, 1949: 75)

Tres películas, tres personajes, tres escenas evidencian las condiciones de producción en que se desarrolla el presente trabajo de investigación. En *El Idiota*[62], la película del realizador Sasa Gédéon (basada en un personaje de la obra "El Príncipe Idiota" de Fedor Dostoyevski) una imagen se reitera a lo largo del film: Frantisek[63] echa su aliento sobre los vidrios empañados de la ventana del tren y los limpia con la mano enguantada para mirar, del otro lado, la estación. Este adolescente ingenuo, quien habla muy poco y contempla demasiado el mundo que lo rodea me recuerda a mí en los comienzos de la pasantía en la institución sanitaria, donde sólo podía observar, como un vouyer, el quehacer hospitalario.

Gracias a algunos conceptos teóricos apropiados, incautados, robados al maestro Foucault comienzo a disipar la bruma que empaña el vidrio. Al igual que el niño Moncho, en *La Lengua de las Mariposas,*[64] en esa instancia sólo pude apedrear a ese pedagogo foucaultiano (metamorfoseado en una mujer con sombrero) quien con su hilo discursivo diario, continuo, impiadoso, extremadamente descriptivo, fue

[62] Gédéon, S. : (1999) *El Idiota*, República Checa / Alemania (Título original: *Návrat Idiota*)
[63] Personaje protagónico del film *El Idiota.*

carcomiendo, socavando las estructuras más arraigadas: suave escozor que inquieta, molesta, intranquiliza, "pánico doctrinal [que] produce una lenta y duradera corrosión de las certezas teóricas del lector".[65]

A pesar del repudio público, Foucault, brinda al pequeño insolente la "caja de herramientas" para agudizar la percepción del paisaje hospitalario: la labor no consiste en modificar la escena; observar otras salas, presenciar nuevos ateneos o recorrer diferentes pasillos sino que la tarea reside en poner en juego otra escucha y otro saber. Ilustra el enunciado precedente una secuencia de una película de los hermanos Taviani. En *Tú ríes*[66] un anciano médico secuestrado aprovecha el cautiverio para explicarles a los campesinos raptores el descubrimiento de Galileo. El físico, matemático y astrónomo italiano introduce en la ciencia el telescopio como instrumento a contrapelo de la percepción sensorial inasistida, lo que supone cambiar el criterio mismo de ciencia aristotélica. El galeno a través de unos lentes de colores ilustra la invención de Galileo; experiencia visual que a (nos) los secuestradores, implica ver diferente a pesar de mirar lo mismo: metamorfosis de la perspectiva teórica, de las anteojeras a través de las cuales aprehendemos la realidad discursivamente construida.

Un integrante del Comité, abogado él, afirma reunión tras reunión que a "confesión de partes, relevo de pruebas"; por mi parte, sostengo que he dado en los capítulos y apartados precedentes las pruebas suficientes para arribar a esta confesión.

---

[64] Cuerda, J.L.: (1999) *La lengua de las Mariposas*, España.
[65] Ferrer Christian, "Arte Forense" prólogo del libro: *La Vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación.* (1977b) La Plata: Editorial Altamira. (1996)
[66] Taviani, P. y V.: (1998) *Tu ríes*, Italia (Título original: *Tu ridi*)

5.2 Anales de titeos y subjetividades

Interrogarnos sobre la construcción discursiva de las subjetividades “médico” y “usuario / paciente” en el Servicio de C. E. C. del hospital “J. B. Iturraspe” activa seis núcleos claves:

• reconocemos a la institución sanitaria como un instrumento terapéutico ligado a una experiencia / escritura / saber propia de la ciencia médica moderna;

• perspectiva científico – natural en la que subyace el ideal de un lenguaje claro y ordenado: trasparencia entre significante y significado;

• la consulta se encuentra rodeada de técnicas de documentación y de registro que dan forma a una serie de códigos por medio de los cuales se configura a los individuos en objetos susceptibles de ser descriptos y analizados;

• mecanismo de objetivación que, también, se inscribe en la instancia diagnóstica ya que el rol del galeno consiste en localizar en el organismo del consultante la morbosidad: mirada unívoca que tiene como objeto escudriñar una patología;

• advertimos una escisión entre el paciente (individuo, “objeto real”) y el proceso de salud – enfermedad (patología, “objeto científico”);

• apreciamos la existencia de un titeo que estigmatiza y segrega al usuario / paciente situándolo en una posición de minoría de edad: persona incapaz de decidir sobre su proceso de salud – enfermedad.

A partir de la lectura de la obra kafkiana *En la colonia penitenciaria* (1914) hallamos una analogía entre esa institución con el “Iturraspe”; lugares fosilizados en donde el estado de la situación es vivido como natural:

> Es un aparato singular [...] funciona absolutamente solo. [...] Naturalmente, a veces hay inconvenientes; espero que no los haya hoy, pero siempre se debe contar con esa posibilidad. [...]Consta de tres partes. Con el correr del tiempo se generalizó la costumbre de designar a cada una de estas partes mediante una especie de sobrenombre popular. La inferior se llama Cama, la de arriba el Diseñador, y ésta del medio, la Rastra. [...] es un invento de nuestro antiguo comandante. [...] Bueno, no exagero si le digo que casi toda la organización de la colonia penitenciaria es obra suya. Nosotros, sus amigos, sabíamos aún antes de su muerte que la organización de la colonia era un todo tan perfecto que su sucesor, aunque tuviera mil nuevos proyectos en la cabeza, por lo menos durante muchos años no podría cambiar nada. (Kafka, 1914)

Nuevamente retomamos el sendero de los círculos perfectos que inmovilizan, paralizan, mantienen tiesas las instituciones; propuestas acabadas y dadas a perpetuidad en nombre de un antiguo comandante. Sostenemos que en esta Santa Fe finisecular al "Iturraspe" se lo configura como un instrumento terapéutico, capacitado para intervenir en la enfermedad o en el enfermo y lograr la curación; "dominio neutro", campo homogéneo en todas sus partes, en donde se hace posible comparar y distinguir un hecho patológico de aquello que no lo es.

Los hospitales, tal como los conocemos hoy, configuran centros de vida médica que posibilitan la enseñanza a la cabecera del paciente como proceso simultáneo de la atención médica hospitalaria:

> [...] Para el médico es importante el hospital porque tiene una variedad de patologías distinta. Eso, eso es fundamental. Por eso el médico busca el hospital, porque la..., o sea, los casos patológicos, o sea, las enfermedades o las variaciones que ve en el hospital son enormes. [...] lo que ve el médico, lo que valora en el hospital es la patología, la variedad de los casos que ve y en la cantidad que ve. (Anexo, I.1.b.: 161)

Por ende, a la descentralización hospitalaria no debemos comprenderla en el marco de un proyecto integral tendiente a construir alternativas que subviertan el modelo médico hegemónico (en el que la palabra, el "saber" se halla encarnado en la persona del médico) sino más bien como parte de una política neoliberal que persigue como objetivo primordial desligar la responsabilidad del Estado en el área salud: a la descentralización debemos leerla entonces como sinónimo de desconcentración y autogestión.

Creemos pertinente hacer hincapié en el término “naturalmente” en la voz del oficial. Para él, la colonia penitenciaria en general y el modo de juzgar y condenar en particular pertenece al mundo de lo obvio: “No se le dio ninguna oportunidad de defenderse – dijo el oficial, y volvió la mirada, como hablando consigo mismo, para evitar al explorador la vergüenza de oír una explicación de cosas tan evidentes”. (Kafka, 1914: 33)

Esta naturalización de la institución sanitaria en donde nada se cuestiona, todo pertenece al universo de la rutina, la costumbre y lo cotidiano: “mera presencia objetiva” nos remite al momento de la sedimentación debido a que “en la medida en que un acto de intuición ha sido exitoso, tiende a producirse un “olvido de los orígenes”; el sistema de posibilidades alternativas tiende a desvanecerse y las huellas de la contingencia originaria a borrarse. De este modo lo instituido tiende a asumir la forma de una mera presencia objetiva”. (Laclau, 1990: 51)

Ahora bien, el hospital se halla frente al rostro cotidiano de la imposibilidad debido al escaso presupuesto con que debe administrarse. Situación que también encuentra paralelo en la colonia penitenciaria kafkiana:

> Esta máquina es muy compleja, a cada momento se rompe o se descompone alguna cosa; [...] los recursos destinados a la conservación de la máquina son ahora sumamente reducidos. Cuando estaba el antiguo comandante, yo tenía a mi disposición una suma de dinero con esa única finalidad. [...] Ahora se ha hecho cargo personalmente [el nuevo comandante] del dinero destinado a la máquina, y si le mando pedir una nueva correa, me pide, como prueba, la correa rota; la nueva llega por lo menos diez días después, y además es de mala calidad, y no sirve de mucho. (Kafka, 1914 : 40)

La escasez de recursos (desde la carencia de recetarios pasando por la insuficiencia de bancos en la sala de espera hasta la necesidad de nombramientos de profesionales médicos y personal de enfermería) en el servicio “*...para el cumplimiento de sus fines de prevención, recuperación, rehabilitación, docencia e investigación...*”[67] y para garantizar *"... la eficaz prestación médico asistencial total y gratuita..."* [68] vulnera

[67] Ley 10.608 de Descentralización Hospitalaria. Artículo Número 2.
[68] Ley 10.608 de Descentralización Hospitalaria. Artículo Número 2.

el principio bioético de justicia, entendiendo a éste como el deber del Estado de proteger la igualdad de acceso de todos los ciudadanos a los servicios de salud.

En este contexto institucional debemos estudiar las condiciones de existencia de las subjetividades "usuario / paciente" y "médico", lo que equivale a examinar los mecanismos de poder que las hacen posible y en este sentido, comprender que "la identidad como tal *es* poder". (Laclau, 1990: 48)

A la pregunta péndulo, cómo son construidas discursivamente las subjetividades "médico" y "usuario – paciente" podemos articularla desde dos niveles. Por un lado, los consultantes ingresan a un régimen disciplinario en el que y a través de técnicas notariales se constituyen en objetos de estudio pasibles de ser descriptos y analizados: el cuerpo humano pasa a ser enteramente fotografiado, radiografiado, calibrado, medido y pesado.

El sujeto que instituye la medicina científico-natural es un individuo único, numérico, completo que nada entiende de la dimensión del goce[69]:

> La dimensión del goce está completamente excluida de lo que llamé la relación epistemo-somática. Pues la ciencia no es incapaz de saber qué puede; pero ella, al igual que el sujeto que engendra, no puede saber qué quiere. (Lacan, 1966: 92)

Por otro lado, ligar equivalencialmente al término "paciente tradicional" que asiste al Servicio de C. E. C. con los significantes "no tiene ninguna preparación", "carencia de todo tipo", "tiene miedo, vergüenza", "no se higieniza, no se viste bien, no se alimenta bien" supone (en los enunciados de los profesionales médicos) la existencia de un titeo, entendido como una expresión de desprecio y descalificación; modo despectivo de establecer un lazo con el otro. Notamos la utilización de éste como una dinámica que señala y estigmatiza al enfermo.

---

[69] Usamos la expresión "dimensión de goce" en sentido Lacaniano: "[...] Pues lo que yo llamo goce en el sentido en que el cuerpo experimenta, es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Incontestablemente, hay goce en el nivel donde comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es sólo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada". (Lacan, 1966: 95)

Cabe aclarar que los estereotipos que se construyen en derredor del término usuario responden a interpelaciones de la medicina científico natural para quien representar al “paciente tradicional” como “indigente puro”, “individuo sin cultura”, “persona carente” habilita a situarlo en una posición de minoría de edad: individuo no competente para responder sobre su proceso de salud-enfermedad. Cliché, prurito o prejuicio que subyace en los enunciados de los profesionales y que refuerza el principio de autoridad médica: la gama de alternativas y decisiones sobre patologías y tratamientos se halla en manos del galeno. Situación que nos habla a las claras de la existencia de preconceptos e invita a cuestionarnos sobre la validez y legitimidad de esas formulaciones.

En este marco, la posición de sujeto reservada al facultativo es la de ser una actor privilegiado: es a él a quien se le ofrece un dominio de objetos / sujetos para que los examine y diagnostique pero él también se encuentra atrapado en el engranaje de la medicina científico-natural:

> Quiéralo o no, el médico está integrado a ese movimiento mundial de la organización de una salud que se vuelve pública [...] Pues si la salud se vuelve objeto de una organización mundial, se tratará de saber en qué medida es productiva. ¿Qué podrá oponer el médico a los imperativos que lo convertirán en el empleado de esa empresa universal de la productividad? El único terreno es esa relación por la cual es médico: a saber la demanda del enfermo. (Lacan, 1966: 99)

El procedimiento de condena en la colonia penitenciaria cuenta con una máxima fundamental: “la culpa [del acusado] es siempre indudable” (Kafka, 1914: 33) Principio rector que en la medicina científico-natural se traduce en “la mirada médica abre el secreto de la enfermedad”, lo que es sinónimo de afirmar que el encuentro entre el médico y el paciente se produce bajo el amparo de una mirada que sería puro lenguaje: ojo que hablaría.

Este presupuesto subyacente permite entender no contradictoriamente los fines de asistencia, docencia e investigación como metas indisolubles debido que al mismo

tiempo que el facultativo asiste al usuario les enseña a los practicantes la manera de proceder y además posibilita el estudio de nuevas patologías.

5.3. Historias de prefectos no videntes y evidentes mujeres pacientes

Al igual que Monsieur G..., prefecto de la Policía parisiense[70] quien buscando por "todas partes" y recorriendo "la casa entera, cuarto por cuarto, dedicando las noches de toda una semana a cada uno" (Poe, 1969: 161) no pudo hallar la carta, "papel [que] confiere a su poseedor cierto poder en cierto lugar, poder que es de una valía inmensa" (Poe, 1969: 159); quienes suscribimos observando no reconocimos en las embarazadas que asisten al consultorio de obstetricia del Servicio de C. E. C. a las *mujeres locas* del Dr. Moli[71] o a las histéricas de Freud.

Mediante un examen microscópico (con una división de las superficies en pulgadas cuadradas y numeradas) buscábamos a pacientes enfermos, portadores de una patología; en ese trajín nos topamos con esas mujeres sanas, sin riesgo de vida, quienes con sus bombos, botellas de agua, agujas y ecografías nos interpelaron con una silenciosa demanda: conseguir un papel que autorice la realización de una ligadura tubaria. Pero, al no poder variar nuestro sistema de investigación, viéndolas no las registramos; las usuarias constituyen ese remanente insólito: lo que se posicionó fuera cuando configuramos nuestro objeto de estudio.

Esas madres agotadas al situarse al exterior de nuestro radio de investigación, configuran lo *extraño* debido a que para el prefecto (nosotros) lejos se halla la posibilidad de indagar en el lugar de lo evidente y tiene (tenemos) "la costumbre de

[70]Personaje del cuento "La carta robada" de Edgar Alan Poe.
[71] Personaje protagónico del film italiano "La Nodriza" de Marco Bellocchio (1999)

llamar “extrañas” a todas las cosas que superan su (nuestra) comprensión” y como consecuencia de ello vive (vivimos) “entre una legión completa de extrañezas”. (Poe, 1969: 157)

Por ende, consideramos pertinente en un futuro trabajo situar la mirada en esas obvias mujeres *pacientes*; término acorde con el recorrido institucional al que deben someterse para acceder a una recomendación que le posibilite la ejecución de una intervención quirúrgica denominada ligadura tubaria,[72] como opción a una forma definitiva de anticoncepción.

Ahora bien, ¿cuál es el fundamento que nos permite efectuar una analogía entre las usuarias que asisten a la sección de obstetricia (salud reproductiva) y las histéricas del Dr. Moli? La razón estriba en que ambas cuestionan al momento diagnóstico de la medicina científico-natural, debido a que efectúan demandas no pensadas por el saber médico. Ilustra esta postura el decir de un tocoginecólogo: “el problema es que la

[72] El procedimiento instituido por el Comité de Bioética del hospital “J. B. Iturraspe”, en el mes enero del año 2000, establece la existencia de dos tipos de solicitudes, según se trate de una prescripción médica o de un pedido de la paciente sin causa médica:

a) Por indicación médica: 1)- Indicación fundada y documentada del médico tratante, la que será avalada por el Jefe de servicio respectivo, sin necesidad de recurrir a ninguna otra instancia. Se iniciará la historia clínica en la que se incluirá dicha documentación. 2)- La paciente y su compañero deben acceder a información suficiente, pertinente y comprensible sobre el tema (métodos anticonceptivos, método esterilizante). 3)- Si el médico jefe de servicio, evalúa que los usuarios requieren mayor información, lo derivará al Consultorio de Salud Reproductiva dependiente del Servicio de Ginecología. 4)- En la historia clínica se incorporará el acta de consentimiento informado, donde constará la autorización de la pareja para proceder a la práctica indicada. El formulario para el acta de consentimiento será aportado por el Comité de Bioética y la misma será realizada por el Servicio que efectuará la práctica recomendada.
b) Por voluntad del paciente: 1)- En el Consultorio de Salud Reproductiva se le brindará información suficiente, pertinente y comprensible sobre el tema (métodos anticonceptivos, método esterilizante) y se le recomendará acerca del método considerado más apropiado para el caso en particular. Se iniciará la historia clínica de la paciente. 2)- Ante la opción de lisis tubaria se derivará al Servicio Social para una evaluación social. Elaborará el informe respectivo que se incorporará a la historia clínica. 3)- Ante la opción de lisis tubaria se realizará una evaluación psicológica (de contarse con el recurso humano profesional) de la paciente y su compañero. 4)- Pasará al Comité de Bioética con la historia clínica que emitirá su recomendación; ésta será incorporada a la historia clínica. 5)- En la historia clínica se incorporará el acta de consentimiento informado, donde constará la autorización de la pareja para proceder a la práctica recomendada. El formulario para el acta de consentimiento será aportado por el Comité de Bioética y la misma será realizada por el Servicio que efectuará dicha práctica.

paciente llega *cocinada* al consultorio, con una ansiedad extra; que genera una presión al médico".

Las mujeres que asisten a los consultorios de obstetricia o de ginecología con un pedido expreso: "Doctor, no quiero quedar otra vez embarazada", adquieren la posición de sujeto que enuncia un pedido, que formula una petición concreta; no se configuran en "custodias" de la palabra del galeno.

Creemos oportuno retomar algunas ideas vertidas en "Vasos Comunicantes". Apartado en donde sostenemos que en la instancia diagnóstica la gama de alternativas y disposiciones se hallan en manos del profesional, el paciente desconoce su proceso de salud-enfermedad.

En este sentido, la frase-conflicto que expresa el facultativo "el problema es que la paciente llega *cocinada* al consultorio" establece la forma "inadecuada" en que debe proceder una consultante ya que quien se halla habilitado para prescribir y recetar es el médico. La manera de diagnosticar liga una trama con el cuento kafkiano "En la colonia penitenciaria" debido a que en esa institución el procedimiento en que se efectúa la sentencia "consiste en escribir en el cuerpo [espalda] del condenado [...] la disposición que él mismo ha violado" (Kafka, 1914: 32) El inculpado no conoce el dictamen del juez y el oficial encargado del procedimiento sostiene: "sería inútil anunciársela. Ya la sabrá en carne propia". (Kafka, 1914: 32)

Del mismo modo como el imputado presenciando la explicación minuciosa, detallada y en francés que el oficial le brinda al explorador sobre el funcionamiento de la máquina no comprende (el inculpado no habla ese idioma) y tampoco conoce su "delito", los pacientes siendo portadores de indicaciones y órdenes se configuran en escoltas de un saber.

Este desconocimiento del condenado / paciente sobre su contravención / proceso de salud-enfermedad hizo pensar al explorador / ingenuo pasante:

> Siempre hay que reflexionar un poco antes de intervenir decisivamente en los asuntos de los demás. Él no era miembro de la colonia penitenciaria, ni ciudadano del país al que ésta pertenecía. Si pretendía emitir juicios sobre la ejecución o trataba directamente de obstaculizarla, podían decirle: “Eres un extranjero, no te metas”. (Kafka, 1914: 40)

Pero, para el explorador / pasante la indudabilidad de “la injusticia del procedimiento y la inhumanidad de la ejecución” (Kafka, 1914: 40) lo tentaron a quebrar su resolución de no inmiscuirse y por ende decide aventurarse a andar / desandar un recorrido.

Cabe aclarar, que el Comité de Bioética configura un espacio que brinda refugio a esas mujeres que solicitan una recomendación para ligar sus trompas de Falopio en razón de su situación socio-económica y como una decisión responsable de no tener más hijos. En otras palabras, el comité establece un nuevo régimen de visibilidad que subvierte al poder disciplinario y en ese acto se instituye como “tercero garante”, término que nos habla de la existencia de un Otro que vela ante una situación de desigualdad.

En este contexto la palabra del médico es ligada a un trabajo interdisciplinario: la prescripción del facultativo se une a una red de escritura en donde por un lado, se halla el consentimiento expreso de la paciente; por el otro, encontramos una evaluación psicológica con el objetivo de conocer si la usuaria ha comprendido que este método anticonceptivo es irreversible y por tanto no podrá quedar embarazada en el futuro y en tercer lugar, la pareja o la solicitante es derivada al Servicio Social de la institución con el fin de efectuar una evaluación social. Entramado discursivo en el que la voz “fundante” del galeno se articula subsidiariamente con otros saberes.

Finalmente nos preguntamos sobre las condiciones de posibilidad que permitieron la emergencia de los comités intra hospitalarios de Bioética, ¿qué ocurrió para que sea necesario su existencia? Estas cuestiones medulares nos remiten a situar a la ética en un plano social, fundamentalmente un compromiso social ya que consideramos que el

primer corrimiento en la creación de esta nueva imagen (Comité de Bioética) significa un movimiento de lo individual a lo social. [73]

Pero aquí comienza otra historia, la de la lenta renovación hospitalaria, la de la metamorfosis hacia una salud más saludable y hacia un mundo más habitable: “en todo esto habría materia para una nueva narración, pero la nuestra ha terminado”. (Dostoyevski, 1866: 543)

[73] Ponencia: “Saber, Poder y Secreto”, a cargo de la Lic. María Laura Méndez en las “Primeras Jornadas de Bioética en Salud Mental” (Buenos Aires, 5 y 6 noviembre del 2001)

6. ANEXO: Corpus

6.1. Introducción

El presente apartado se halla confeccionado en dos núcleos de trabajo. En el primero, denominado *entre bambalinas*, hacemos explícitas las condiciones de producción en las que desarrollamos las entrevistas en profundidad, describiendo, en primer término el cuestionario utilizado y en segundo término, el contexto de los diálogos realizados con los profesionales médicos y con los usuarios / pacientes que concurren a consulta ambulatoria.

El segundo núcleo, designado *el corpus*, contiene el material de las entrevistas efectuadas. Cabe destacar que el contenido de las mismas ingresan procesadas en cuatro variables y divididas en dos aristas. En la arista profesionales médicos (I) en las especialidades de clínica quirúrgica (I.1) y clínica médica (I.2) las variables contempladas son:

A. Institución Sanitaria: Hospital Iturraspe

B. Modalidad de Atención del Servicio de Consultorios Externos Centralizados

C. Representaciones de la imagen del Usuario. Autorepresentaciones

D. Instancia Diagnóstica

En lo que respecta, a los usuarios / pacientes (II) en las especialidades de clínica quirúrgica (II.1) y clínica médica (II.2) las dimensiones de análisis son:

A. Institución Sanitaria: Hospital Iturraspe

B. Modalidad de Atención del Servicio de Consultorios Externos Centralizados

C.Representaciones de la imagen del profesional médico. Autorepresentaciones

D. Instancia Diagnóstica

6.2. Entre Bambalinas

El cuestionario conforma el recurso básico para la realización de una entrevista semi – estructurada a los usuarios y a los profesionales médicos, en las especialidades de clínica médica y clínica quirúrgica, pertenecientes al Servicio de Consultorios Externos Centralizados (en adelante Servicio de C. E. C.) En la elaboración de la grilla de preguntas hicimos hincapié en las cuatro dimensiones de análisis. (Ver páginas 363-366) Las entrevistas de aproximadamente una hora de duración se realizaron en diferentes lugares físicos, dependiendo de la disponibilidad de los entrevistados[74].

Profesionales Médicos

En el caso de los profesionales médicos, la mayor parte de las ocasiones el ambiente propicio lo configuraron los consultorios del Servicio de C. E. C.,[75] a veces otra dependencia intrahospitalaria[76] y en ciertas circunstancias su domicilio particular o lugar de trabajo extrahospitalario[77] Describimos específicamente las condiciones de realización de tres entrevistas, en las especialidades de Neurología, Cirugía Plástica y Cardiología. El motivo de esta decisión se funda en ejemplificar los tres contextos en los que se efectuaron los diálogos:

A. Office del Servicio de Consultorios Externos

> "La verdad que no, no puedo. No tengo tiempo. Mirá ahora me tengo que ir. Ando de aquí para allá porque soy el único médico neurólogo que tiene el hospital. Te diría que imposible que podamos charlar."

Las líneas que anteceden representan la bienvenida del Dr. Saredo, el único especialista en neurología con que cuenta el hospital, un lunes muy frío, a principios de julio. Ante mi speach parecía inmutable pero luego de idas y vueltas, sazonado con ruegos varios aceptó realizar una parte de la entrevista, o mejor dicho efectuar la misma en sendos actos. Una vez finalizada la primera parte que no duró más de veinte minutos quedamos en encontrarnos en otra oportunidad en los consultorios, en electroencefalografía o en Clínica Médica.

---

[74] Situación que demandó un ida y vuelta no sólo por los diferentes corredores de la institución sanitaria sino también por las calles de la ciudad.
[75] Entrevistas desarrollados a los profesionales en Cirugía General, Urología, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Clínica Médica y Neurología.
[76] Entrevistadas realizadas a los profesionales en Cirugía Plástica e Infectología.

A fines de julio, retomé nuevamente la búsqueda. Como me resultaba difícil hallarlo a la salida y entrada del consultorio porque sólo atiende los lunes y jueves y está desbordado de gente, decidí buscarlo en Sala Nro. 1, Clínica Médica. La Sala cuenta con habitaciones de dos camas y baño privado, innovador diseño arquitectónico que se opone al apabellonado, con camas pegadas una a la otra y baño compartido. Las habitaciones se hallan a lo largo de un pasillo, separadas por el office de enfermería encontramos, hacia un extremo, el sector damas y hacia el otro, el sector caballeros. En el medio un improvisada sala de espera donde aguardan familiares, amigos, visitadores médicos y hasta enfermos. Me senté en un juego de sillones junto con otros familiares y compartí sus charlas, penas y alegrías. Durante la espera, se acercan dos médicos y le explican a una señora mayor *"si en el transcurso de la mañana no aparecen los familiares más directos, usted va a tener que firmar un papelito que le vamos a traer porque el señor anda grave y si no lo intervenimos corre riesgo su vida"*. La señora simplemente asintió, y los dos mamelucos verdes siguieron conversando entre ellos, sobre la salud del paciente lejano de la señora.

En eso, veo que es el doctor quien ingresa al office de secretaría y cuando le explico me dice: *"Ya vuelvo".*

Por ello la sigo esperando. Leo un pergamino (en agradecimiento a la labor del cuerpo de profesionales de la sala de Clínica Médica) mientras escucho los chistes de unos visitadores médicos que se agredían verbalmente entre sí con todo el respecto que la profesión amerita:

"Escuchame un poquito, escuchá esto, dejame hablar: ¿la naturaleza es sabia, no? Sí, y con eso qué - responde el otro. Bueno, porque hizo dos orejas para escuchar y una sola boca para hablar. Esto quiere decir que tenemos que escuchar el doble de lo que hablamos ¿entendiste?". Todos se largaron una carcajada, mientras una enfermera los interpela pero no por las risas ocasionadas sino porque necesitaba unos remedios para una amiga.

En eso nuevamente el Dr. Saredo quien manifiesta: *"Hoy, imposible".* Frase que se repitió en otras instancias. Por ello, la formulación del cuestionario no pudo desarrollarse en su totalidad.

B. Sala de Médicos del Servicio de Cirugía

El viernes 7 de julio asistí al hospital muy temprano, a sabiendas de la

[77] Entrevistas efectuadas a la especialista en Reumatología y Cardiología.

organización horaria de los consultorios externos: “de ocho a diez vas a encontrar a los médicos y en adelante, siempre y cuando estén los consultorios desocupados, empiezan los residentes”.[78]

Estaba haciendo *guardia* en el Consultorio Número 6 para dialogar con la médica reumatóloga, cuando observo que ingresa un médico al Consultorio Número 2, haciendo caso omiso a Cristina, una de las secretarias/enfermeras quien le informaba que dicho officce iba a ser ocupado en la brevedad.

Entonces, le pregunté a Nora quién era el que estaba en el consultorio dos: *“¿en el dos?”,* me preguntó asombrada. *“¿Era medio viejo?”* le respondí que sí, aunque no podría especificar nada más. *“Ah... entonces, tiene que ser Alvarez, de nutrición o Satuf de Cirugía Plástica”.* Esperé que atendiera a sus pacientes y como una usuaria más ingresé al consultorio para realizar mi pedido, al cual aceptó inmediatamente. Pero con una condición, desarrolar la entrevista luego del Ateneo, aproximadamente a las once y veinte de la mañana y en la Sala de Médicos:

- ¿Sabe dónde se realizan los Ateneos?

- Allá arriba, en Ginecología.

- No querida, no. Mire, de acá, a, a partir del hall, doble a la derecha en dirección al Quirófano Central y una vez ahí, gire hacia la izquierda y encontrará un cartel que señala la Sala de Médicos. Pero… ¿usted qué tiene que hacer ahora?

- Yo… nada…

- Venga, venga conmigo que le muestro, yo justo voy para ahí porque sino usted se va a perder.

Lo seguí. En el viaje mientras le explicaba los motivos de la entrevista trataba de grabar visualmente el recorrido. Ahora, mientras escribo estas líneas me parece un trayecto sumamente sencillo, pero en ese momento y frente a carteles e indicaciones que manifestaban *“prohibido permanecer en este sector”, “área restringida”, “terapia intensiva”* me pareció imprescindible que me indique personalmente el recorrido.

A las once y media se abrió la puerta, y decenas de guardapolvos blancos salieron como expedidos. En eso veo que me hace señas y me dice:

- venga, venga pase. Vamos a ponernos por aquí. Vamos a empezar, porque si esperamos que estos se vayan, vamos a estar hasta la noche porque estos no se van más. - me lleva al centro de la sala, donde le pide a otros guardapolvos blancos que

[78] Entrevista a Nora Salto, Jefa del personal no médico del Servicio de Consultorios Externos.

desocupen el escritorio y antes de comenzar la entrevista chista para que hagan silencio.

C. Consultorio Extrahospitalario

La Sección de Cardiología cuenta con dos espacios físicos. Uno fijo, que es el consultorio número doce dónde se halla la aparatología para realizar los estudios, como por ejemplo el electrocardiograma y otro consultorio en donde se realizan las consultas. Cuenta, además, con un personal de enfermería fijo, quien ante el pedido de entrevista sostuvo *"esperame acá afuera, flaquita, que te consigo hablar con un médico".* Y entró al office. Luego, salió un médico muy predispuesto pero al darle todas las explicaciones del caso expresó: *"yo no tengo problemas, pero lo que pasa es que yo soy el ecógrafo y no hago consultorio. Aguardame un ratito, voy a ver si te consigo una".*

Al rato salió nuevamente el ecógrafo diciéndome: "la doctora te va a atender el día viernes, a las 11 y media en el consultorio número doce. Mirá (mientras me señala con el dedo), aquel es. Anotá, anotá el nombre, Doctora Pe- ro- tti". Sí, sí, lo tengo no se preocupe. Muchas gracias, digo mientras me voy tranquila y contenta luego de una respuesta favorable.

Obviamente ese viernes acudí puntualmente a la cita. Pero, cerca de las once y treinta de la mañana camillas y sillas de ruedas bajaban de los diferentes servicios de internación en busca de la prestación de la cardióloga. Por ende, comencé a entender a una señora que me hablaba de la espera y de los retrasos.

En ese momento, debo reconocer que no tenía mucha esperanza de realizar la entrevista. En primer lugar, porque el dato o mejor dicho el compromiso fue pactado con otra persona, *"un peladito*" y en segundo lugar, porque había muchos pacientes esperándola y seguían trayendo internados. Es más, a esa altura sólo podía razonar la manera más diplomática de interrumpir en el consultorio (a pesar de un cartel que manifiesta: "Se ruega NO Golpear") con el firme propósito de presentarme y agendar para otro día, cuando observo que sale del ascensor una joven calva, en silla de ruedas, fielmente acompañada por su padre. En eso siento que la señora sentada al lado mío me dice:

- viste que pena, es tan joven. Tiene leucemia y ahora le van a hacer unos estudios porque la van a llevar a operar a otro lado, creo que a Buenos Aires.

En ese instante, me dejé llevar por la espera. Dejé de realizar mis clásicas

anotaciones, y me abandoné en la difícil tarea de aguardar. Tal es así, que me sorprendió la médica saliendo de un consultorio y yendo al otro, para comenzar una vez terminado con los estudios las consultas. Eran las doce y treinta, me pidió mil disculpas y me dijo que la mañana se le había ido de las manos. Por ello, quedamos en vernos en San Jerónimo al 3.200, en una casona vieja perteneciente a la Universidad Nacional del Litoral a las cinco de la tarde, donde podíamos dialogar tranquilamente y extendernos en la charla.

Así fue. Creo que la palabra sinceridad define a la actitud de la entrevistada frente a la entrevista. Esta palabreja que proviene del latín *sincerus (puro, intacto, sin mezcla de materia extraña)* [79] cuenta con una historia pintoresca sobre su etimología: una costumbre en la tradición artística medieval residía en colocar sobre la obra terminada cera. El objetivo de este recubrimiento era evitar que se notara los defectos, los detalles imperfectos de la escultura. Un grupo de artistas, a diferencia del resto, mantenía a su obra libre del contacto con la cera y muy cerca de las críticas de los espectadores ya que las deficiencias, las toscas terminaciones fluían. A ellos, comenzaron a denominarlos sinceros. [80] Y considero que a la doctora Perotti podría enmarcarla dentro de este grupo de artistas, con todos los riesgos que para ella implica.

Usuarios / Pacientes

Hallar un lugar en donde hacer viable la realización de las entrevistas a los usuarios fue una tarea compleja. En primer término, porque en la sala de espera (debido al ruido ambiente) era difícil llevarla a cabo. En segundo término, debido a que los pacientes luego del recorrido matutino para acceder a un turno se hallaban agotados, extenuados. Estado de ánimo no propicio para iniciar el diálogo. Debido a ello, las entrevistas se desarrollaron en sus domicilios[81], en una oficina "gentilmente cedida" por el Servicio Social[82] y, fuera del horario de atención, en la sala de espera del Servicio de Consultorios Externos Centralizados o en el patio del hospital[83].

A continuación, con el objetivo de ejemplificar las diferentes locaciones,

---

[79] Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Madrid, 1992.
[80] Primer Foro. "La Didáctica. Un campo en sospecha". 16 y 17 de abril de 1999. Facultad Ciencias de la Educación. UNER.
[81] Ejemplo de ello son las entrevistas a los pacientes en las especialidades de Cirugía Plástica, Oftalmología y Reumatología.
[82] Las entrevistas realizadas a los usuarios que concurren a las especialidades de Clínica Médica e Infectología.

explicitaremos las condiciones de realización de tres entrevistas:

A. Domicilio Particular

En *"La Boca"* rodeado de un paisaje pobre y pintoresco; donde los riles invaden las aguas del río al igual que la cumbia inunda el aire, vive Edgardo. Llegar a Alto Verde tiene sus peajes: *"Deme diez…", "una monedita", "deme una moneda".* Chicos de no más de siete años pidiendo con el único fin, según el conductor, de dejarlos en los videojuegos del lugar:

- Yo voy a la casa de Rodríguez Edgardo. ¿Me puede avisar así me bajo?

- ¿De cuál de los Rodríguez?… ¿el pescador?… ¿venís a comprar pescado?

- No, lo busco por una entrevista. Él me dijo que el chofer del trece lo conocía… eh… yo lo ví ayer. Espere que busco el papelito en donde anoté: "Rodríguez Edgardo. Manzana Diez. Alto Verde. Frente a la familia Lares". -digo al conductor con un poco de nerviosismo, antes de abordar otro coche de la línea de ómnibus urbano número trece que realiza el recorrido por el extremo este de Alto Verde.

- Bueno, te dejo en lo de Lares… pero…

- Yo lo vi ayer a la mañana al Señor Rodríguez, lo vi en el hospital Iturraspe - interrumpo, dando más explicaciones que me permitan llegar a destino.

- ¡Ah! Vos buscás al que se operó en lo de Favaloro…

- Sí, a ese mismo…

- Bueno, subí, subí tranquila. Yo voy al baño y después salimos.

Detrás de mí subieron unas jóvenes adolescentes anexando sus bicicletas y una radio. En el camino, el chofer me dice:

- Me desorientaste con el número de manzana porque acá tenemos manzanas podridas…

- ¿Cómo?

- Claro. Porque las manzanas de acá no son manzanas - dice mientras las chicas suben el volumen de la radio porque comienza una canción de Mario Pereyra.

- Ah… -exclamo mientras observo pintada en una pared de adobe junto al

[83] Las entrevistas efectuadas a las usuarios que asisten a las consultas en las especialidades de Cirugía General, Urología, Ortopedia y Traumatología, Cardiología y Neurología.

escudo de Colón la frase "Mario Pereyra y el aguante".

- Aquí tenemos las manzanas más largas del mundo y las únicas en que uno no puede dar la vuelta a la esquina…

- ¿Cómo?

- Viste que las manzanas en las ciudades son como cuadradas. Bueno, éstas son manzanas derechas… porque si doblas das al río…

- ¡Ah!

- Ves por todos lados hay agua, entonces tenés que seguir d-e-r-e-c-h-o (risas)

- D-e-r-e-c-h-o (risas) ¿Y cómo hace para dar la vuelta, para regresar?, ¿Hay que volverse caminando?

- ¡Noooooooo! Doy vuelta en "U", en la plazoleta. Ya vas a ver. A la vuelta te muestro porque es más adelante. Bueno, llegamos… ¿habrá alguien che?. No te bajes todavía, pará que toco bocina.

Y ahí lo veo a Don Edgardo quien sale en chancletas y abrochándose la camisa. Me bajo y comienza la charla.

Conversación que se extendió más allá de la formulación de las preguntas del cuestionario porque como *"el cole pasa cada cincuenta minutos aproximadamente"* y la entrevista duró una hora y cuarto, decidimos pasar el rato aprendiendo unas lecciones de geografía:

"Este río que corre acá va al puerto y es el único en América del Sur que corre de Sur a Norte. Y aquella que vez allá es la isla Silgadero que le llaman porque hace muchos años se arrastraban los barcos con caballos, para que lleguen al puerto. Dentro de un rato, casi seguro, vamos a ver a una embarcación pasar".

B. Oficina Servicio Social

Margarita ingresa a la oficina, cedida por la gente del Servicio Social, quejándose por el calor y por lo angosto de la puerta, abertura que dificulta su acceso. Escena que la describe de cuerpo entero. Ella es una mujer exuberante, con el sentimiento a flor de piel: a lo largo de la entrevista se angustia, llora, ríe, agradece, pide. Es todo un personaje en el que la maternidad se configura como un valor supremo: *"ahora yo te digo si yo tengo que sacar los ojos por los cuatro hijos que tengo, ahora yo los saco, viste pero… yo soy como una leona [risas]".*

Ella, quien daría la vida por sus críos se hizo respetar frente a propios y ajenos: “Ahora me dice: ‘Firmá acá’. ‘ ¡Ah! No me lo podés leer, porque yo no puedo leer rápido’. [...] ‘¿Me lo podés leer porque no sé leer?’ O le digo: ‘Me olvidé los anteojos, no veo las letras’. Bueno… pero yo viste, yo ya tengo esa ligereza que antes no la tenía yo, no la tenía”.

Es preciso aclarar que la entrevista fue pautada por Elba, integrante del Servicio Social y sostengo que esta situación predispuso a que Margarita hablara, se remitiera en varias ocasiones a su relación con Mequi, una asistente social. A pesar de ello, no considero que esta circunstancia haya condicionado sustancialmente el contenido de la charla, simplemente hago explícita las reglas de juego que reinaron en la conversación.

Una vez finalizada la entrevista salimos juntas y por los corredores, Margarita, saluda a unos y a otros, tanto a médicos como a usuarios, asistentes sociales como empleados administrativos, a camilleros como enfermeras; ella reconoce a todos y todos la reconocen. Ella es habitué del lugar: *“En el hospital vos te sentís en tu hogar”.*

C. Sala de Espera

La entrevista con Roberto y Daniela se realizó en la sala de espera del Servicio de Estadística; en un banco próximo a una casilla del Sector de Vigilancia. Tal vez por ello debimos concluir la conversación abruptamente. Una señora, empleada de vigilancia, me interpeló no amigablemente por el diálogo que estaba realizando. Cuestionamiento que siguió hasta la secretaría del director del hospital debido a que la autorización estaba otorgada por el anterior responsable de la institución. El trámite, a modo de pesquisa, se terminó cuando la secretaria reconoció en la estudiante en comunicación social a la antigua pasante y nueva integrante del Comité de Bioética y dijo: *“Esta todo en orden. Este papel la habilita”.*

Roberto y Daniela viven en una localidad pequeña, Felicia, sin trabajo y en pareja, en una casa que supieron conseguir mientras él trabajaba en el campo como tractorista. Ahora se mantienen comiendo cada uno en su casa, *"estamos juntos, solamente que para comer, cada cual va a su casa. Así es la única manera que podemos"* - sostiene ella- mientras que él afirma: *"y sí porque así se hace más liviano el asunto porque no se puede ir los dos a un mismo lado".*

El diálogo que mantuvimos contó con una característica distintiva: ante las preguntas formuladas él la miraba a ella, como signo de espera a que ella enuncie,

hable, diga, responda y cuando ella comienza a formular las primeras palabras, él arranca despacito. Algunas veces afirmando aunque otras negando el enunciado precedente.

Ellos vienen a la capital de la provincia en busca de una prestación que no le supieron dar en Rafaela y otros pueblitos, un poco por la complejidad del estudio a realizar y otro poco porque no cuentan con ingresos: *"no hay dinero, no hay trabajo".*

Otras Locaciones

La sección de oftalmología representa un consultorio diferente. En cuanto a su estructura, la clásica puerta de madera cambia sustancialmente al convertirse en una abertura de chapa y con un ventanal vidriado. Al ingresar encontramos un pequeño office que encarna el papel de secretaría y a partir de allí emergen dos puertas que desembocan en dos ambientes diferentes, llámese consultorios. Cuenta con un personal de enfermería permanente y propio de esa sección, quien luce un mameluco cuyo diseño es diferente que el de las restantes empleadas administrativas. Tal vez, la mayor rareza radique en que los usuarios esperan a ser atendidos en una pequeña sala de espera, no en el hall y son llamados por la secretaria de la sección y no desde el altavoz central.

Además, en la puerta se expone un aviso que expresa lo siguiente: *"Turnos para Oftalmología solamente en la Ventanilla Nro. 1, donde se deberá abonar el bono contribución. Sin excepción".* Publicación que se contrapone con el artículo cuarto del decreto 1487/91. Fragmento de la norma legal que se exhibe en las paredes del hall central y que informa:

"No puede ser utilizado como elemento condicionante para la atención del paciente y realización de prácticas cualquier modalidad que implemente el Servicio como bono solidario o bono contribución. No se debe exigir el pago del mismo en forma coactiva bajo ninguna circunstancia. Todo los pedidos de colaboración para el mejoramiento de los efectores han de ser solicitados siempre con posterioridad de la prestación de los servicios."

Otro consultorio distinto no en cuanto a su estructura edilicia pero sí en su manera de señalización es el de urología. Todos los caminos conducen a la mencionada sección: cuenta con un consultorio fijo, el número dieciséis y en el cartel señalador se expone en lugar del número, el nombre. De esta manera uno mientras recorre el pasillo lee consultorio 1, 2, 3, 4 …14, 15, Urología.

6.3. El Corpus

Referencias

I. Profesionales Médicos del Servicio de Consultorios Externos Centralizados

I.1. Especialidades en Clínica Quirúrgica

I. 1.a. Dr. Vito Juan: Médico Especialista en Cirugía General

I. 1.b. Dr. Ángel: Médico Especialista en Cirugía Plástica

I. 1.c. Dr. Ricardo: Médico Especialista en Urología

I. 1.d. Dr. Joaquín: Médico Especialista en Oftalmología

I. 1.e. Dr. Daniel: Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología

I. 2. Especialidades en Clínica Médica

I. 2. a. Dr. Miguel: Médico Especialista en Clínica Médica

I. 2. b. Dra. Mirtha: Médica Especialista en Cardiología

I. 2. c. Dra. Silvia Patricia: Médica Especialista en Reumatología

I. 2.d. Dr. Gustavo: Médico Especialista en Neurología

I. 2.e. Dra. Silvia: Médica Especialista en Infectología

II. Usuarios / Pacientes que asisten al Servicio de Consultorios Externos Centralizados

II.1. Especialidades en Clínica Quirúrgica

II.1.a. Vilma: Usuaria / Paciente que asiste al consultorio de Cirugía General

II.1.b. Pablo: Usuario / Paciente que asiste al consultorio de Cirugía Plástica

II.1.c. Carlos: Usuario / Paciente que asiste al consultorio de Urología

II.1.d. Etel: Usuaria / Paciente que asiste al consultorio de Oftalmología

II.1.e. Roberto: Usuario / Paciente que asiste al consultorio de Ortopedia y Traumatología

II.2. Especialidades en Clínica Médica

II. 2.a. Margarita: Usuaria / Paciente que asiste al consultorio de Clínica Médica

II. 2.b. Fernando: Usuario / Paciente que asiste al consultorio de Cardiología

II. 2.c. Edgardo: Usuario / Paciente que asiste al consultorio de Reumatología

II. 2.d. Carlos: Usuario / Paciente que asiste al consultorio de Neurología

II. 2.e. Cecilia: Usuaria / Paciente que asiste al consultorio de Infectología

Abreviaturas:

E: Entrevistador

M: Profesional Médico

U: Usuario / Paciente

A. Institución Sanitaria: Hospital Iturraspe

A. I.1.a

E: ¿Y usted eh… trabaja solamente en el hospital o también trabaja…?

M: [Interrumpe] No, no yo en la tarde hago, tengo consultorio privado y hago cirugía en un sanatorio.

E: ¿Y qué diferencias tiene para usted trabajar en el hospital, que trabajar dentro de la actividad privada?

M: En lo profesional trato de que no haya diferencia. Atiendo acá igual que atiendo en el consultorio o atiendo en la parte privada.

La diferencia está en el poder adquisitivo y económico de la gente, en la cual a lo mejor un tratamiento que es el que debe realizar un enfermo en la parte privada si tiene medios económicos lo puede realizar. Y acá en el hospital muchas veces lo hacen incompleto porque no tienen o porque el hospital no le puede brindar y comprarlo o adquirirlo en forma particular es imposible. Esa es la diferencia.

El trabajo en el hospital, acá trabajamos con residentes, o sea, que se hace trabajo escuela, se hace trabajo de docencia, estee donde se trata de… como se está formando gente para después adquirir la especialidad, se hace dentro de las posibilidades. El problema es económico en este país, no hay ninguna duda, no te voy a decir nada nuevo.

Nos hace falta infraestructura, nos hace falta equipamiento. Tal vez, el material humano está pero nos, nos quita eso, que a veces en la parte privada está mejor preparada que esto. Esa es la única diferencia. Pero en cuanto a la función, yo creo que debería y uno debe tratar de esmerarse de que no halla diferencia. El ser humano enfermo es acá en el hospital o en la parte privada es el mismo.

[...] Creo que el hospital es la parte más interesante, de, donde se hacen las cosas mejor preparadas, donde el único interés que existe en un hospital es el enfermo y donde lo mejor que te puede llegar a pasar, es trabajando en un hospital es que la gente que viene a ese hospital, la mayor cantidad de gente es que pueda ver solucionado su problema. ¿Cuál es su problema? Recuperar la salud. El que viene acá es porque ya la perdió en parte.

Acá no hacemos medicina preventiva, simplemente acá hacemos medicina curativa. Tratamos de recuperar la salud. Vos me decís la medicina preventiva se

hace en otro lado, con la vacuna, buscando mejorar las condiciones sociales pero acá estee los casos que vemos son esos, que es lo que a mí me gusta, ¿eh?

E: Y usted por que dice...

M: [Interrumpe] Porque tengo la suerte de tener mi hijo acá, que en este momento es Jefe de Residentes y veo que también tiene, tiene más o menos las mismas cosas yyy, bueno yo estoy muy feliz que él esté acá en el hospital, porque acá es donde se aprenden las cosas, los dramas, ¿no? Se viven los dramas.

E: Y usted y su hijo es como que tienen las mismas cosas, ¿a qué se refiere con esas mismas cosas o esos mismo pensamientos, digamos?

M: No, no ver la realidad con los mismos fines, o sea, desgraciadamente vivimos en una sociedad muy mercantilista, muy capitalista, muy economicista. Hoy, generalmente a veces valoran a unas personas por lo que tiene en dinero, y no por lo que vale eh, en, en como ser humano, como condición humana, como es su moral, como… y yo creo que tenemos que recuperar eso. Tenemos que volver a recuperar eso. Económicamente todos necesitamos el dinero para vivir, pero yo creo que nos hemos extralimitado de que el dinero es todo, principio y después. No puede ser. No puede ser. Sobre todo ustedes que son más jóvenes, yo creo que deben… porque el país éste eh... si lo cambian lo van a cambiar ustedes.

La generación, mi generación es una generación muy frustrada. Yo tengo muchos amigos que hoy no están, me tocó vivir la época donde desapareció mucha gente, en el hospital donde yo trabajaba en Córdoba tengo tres que un día fueron lo buscaron y no volvieron más, si tenían o no tenían algo que ver la verdad que no sé. Pude votar pri... por primera vez en mi vida, cuando tenía casi treinta años, o sea, una etapa que te marca, que te deja y bueno. A mí me gustaría que la de ustedes fuera la mejor.

E: ¿Cómo vivió esa pérdida de amigos, esa pérdida de compañeros?

M: Oh… muy horrible, muy horrible. De esa etapa que mejor, no acordarse. Muy, muy triste. [Breve Silencio] Yo creo que este país fue marcado por dos, por dos hechos graves. Una, fue esa. Y otra fue la guerra de las Malvinas, que fue un desangre de gente ahí, sin ton ni son, porque era una cosa que de entrada se sabía que se iba a perder ¿no? Y después la hecatombe política y económica que viene, que termina. Yo creo que estamos mal en este momento. Este país está muy, muy, uno lo ve, esta profesión te da la oportunidad de tener un trato diario con la gente y uno no solamente se entera de los problemas físicos, sino de los problemas tremendamente humanos que está, que uno padece. Cosas tremendas, gente, hay gente que no

come, gente que viene a buscar la comida, la comida de los enfermos, a la una de la tarde porque… Esa es una realidad. No es un cuento. Todo eso hace que, que... o sea, a mí, por lo menos, me afecte.

E: ¿Y para usted digamos, qué cosas se tendrían que cambiar dentro del hospital?

M: Si, en el hospital hay que cambiar muchas cosas. O sea, hoy nada, nada hay que descubrir ya todo está descubierto. Si uno quiere llevar un hospital de primera categoría, como es un primer hospital en el mundo bueno a nosotros nos falta muchas cosas, muchas cosas. Pero sin llegar a eso, con lo que tenemos, implementando, usando cada peso que se gasta en el hospital de la mejor manera posible yo creo que se puede cambiar, si se quiere, si se qu… tiene el poder para hacerlo muchas cosas, muchas cosas. Ocupar gente que está desocupada, dando vueltas sin hacer nada acá adentro en algo que sea útil, estee en fin, revalorizando un poco más el trabajo de cada uno y poniendo al que mejor, al que mejor lo cumple en el lugar donde debe estar, ¿no cierto? Evitar los acomodos. Evitar todas esas cosas que en todos lados lo vemos. Con eso solo se mejoraría mucho, y después bueno, traer lo que nos falta, ¿no cierto? Falta instrumental, falta aparatos, darle la posibilidad que haya gente que vaya al extranjero a hacer estee experiencias nuevas y que después las traiga acá dentro, no se pueden hacer muchas cosas.

A. I.1.b

E: ¿Qué particularidades tiene para usted, hoy, trabajar en un hospital público?

M: Para el médico es importante el hospital porque tiene una variedad de patologías distintas. Eso, eso es fundamental. Por eso el médico busca el hospital, porque la..., o sea, los casos patológicos, o sea, las enfermedades o las variaciones que ve en el hospital son enormes. En cambio, en la actividad privada es más restringida. Se ven casos graves, se ven el hospital porque el paciente, por ejemplo en la actividad priv..., privado, que generalmente privado, cuando uno dice privado es de obra social, ya el privado privado no existe. El privado que no tiene ninguna obra social es sumamente, es el pobre en realidad, pero el rico tienen una o varias obras sociales. O sea que el privado se atiende por obra social. Ese como tiene la obra social entonces, y como tiene más nivel social, y más nivel intelectual y educacional, entonces a los primeros síntomas concurre al médico, entonces controla la enfermedad en sus comienzos. En cambio en el hospital, como el paciente tiene menos información, eh, se deja estar, hay menos, el lazo familiar a veces no es tan fuerte, entonces nadie lo incita a que haga la consulta, entonces los síntomas se dejan

estar, entonces la enfermedad se va agravando y cuando concurre, cuando la enfermedad está avanzada. Entonces llegan grandes problemas, grandes tumores, grandes cánceres, grandes úlceras de las piernas, por ejemplo nosotros vemos mucho que aparecen en las piernas, en la cara inferior..., en el tercio inferior de las piernas, úlceras venosas, y vienen ya con unas úlceras tremendas, que en la actividad privada jamás se ve. Se ve, en la activad privada el paciente que tiene, que va a comenzar con una úlcera, cuando empieza a colorearse la pierna, arriba del tobillo, del tobillo interno, se pone un color amoratonado, concurre, es decir, es el comienzo.

En cambio, el, el enfermo del hospital deja avanzar eso y le lleva varios años. Y cuando se abre y se rompe la úlcera y se hace grande y no puede caminar por el dolor, entonces, recién concurre. Y han pasado diez quince años de evolución. Pero lo que ve el médico, lo que valora en el hospital es la patología, la variedad de los casos que ve y en la cantidad que ve.

En el hospital, el cirujano que hace su experiencia en base a operaciones, tiene mucha posibilidad de hacer experiencia, muchos más casos que en la actividad privada, porque acá es gratis, y el enfermo viene, muchas veces porque es gratis, acá es totalmente gratis.

E: ¿Cómo está el hospital hoy en comparación, digamos, a cuando usted comezó a trabajar?

M: Eh, infinitamente mejor, infinitamente mejor.

E: ¿Y en que lo ve, usted?

M: Digamos diez, veinte veces mejor, más equipado, con mejor diagnóstico, mejores médicos, todo mejor, estudios, tomografía, ecografía, todo, antes no había nada de eso. Todo eso es muy costoso. El hospital hace.. acá no hay tomógrafo, pero lo mandan, lo mandan a los consultorios privados. Ahora creo que el Cullen tiene la tomografía computada, pero acá en los enfermos se hace, se hace, y lo paga el hospital, los cobran, empezaron costando creo que doscientos pesos cada enfermo, cada tomografía y después...

[...] El hospital le hace todos los estudios que necesi..., el médico le pida, salvo que sea...yo le diría le da..., le pone menos traba el hospital que la obra social. La obra social muchas veces le, le le dice: “no esto ya no se puede porque no, tal”. El hospital hace todo usted se planta hace una nota. Tiene que pedir, va y se lo hace. Si no hay acá, se pide a la actividad privada. El Ministerio paga. No, están fenómeno. El hospital ahora... Pero, ha habido un vuelco, vuelco... fundamental, fundamental. Un vuelco fundamental, este, este, en la calidad es muy superior, hoy.

Nota del Entrevistador: Llaman a la puerta, el entrevistado responde y es una persona en busca de un médico que no se encuentra en la Sala de Médicos.

M: Adelante.

Persona: Dr., el Dr. Peisse.

M: No no está acá, buscalo en Sala 6.

No le digo, cualquiera cosa que buscan, lo vienen a buscar acá...

M: Je, je, je... Saben que por acá a lo mejor lo pueden encontrar.

E: No, el hospital ha mejorado, enormemente. Otros, los tontos, dicen que nooo. No, el hospital está bien. Lo que pasa es que al hospital no le alcanza la plata, ahora cada vez es más costoso, los estudios, los aparatos, endoscópicos. Hace falta mucha plata, es eso, porque se ha tecnificado... la medicina, se ha..., hoy se dan soluciones a problemas, que antes no se.... no tenían solución. Pero hoy es dificil que se muera un paciente. Ante se morían pacientes, pssss, para que vamos a hablar. Cualquiera, actividad privada, en todos lados morían como moscas porque..., por malos diagnósticos. Se iba a ver que pasaba.

Hoy no se lleva..., se va con un diagnóstico con precisión, casi. Con la aparatología, los estudios auxiliares, que se llaman; que eso es costoso. Por eso cuesta caro el hospital. Por eso cuesta mantenerlo. Todo gratis. Acá es todo gratis, todo gratis, todo gratis, porque no cuesta un peso.

La gente... miente cuando dice que viene a las cinco... Vienen a la cinco de la mañana porque hay consultorios, como yo le dije, que tienen un cupo limitado. Pero ellos porque buscan ese médico a lo mejor. Pero si, si no hay otro, hay otro médico que lo atienden. Acá se atiende todo el día. Hay guardias permanentes. Las 24 horas del día. Se atiende a cualquiera, acá nadie se queda sin atención médica. Lo que pasa, algunos son protestones. Y son protestones no los pobres de verdad... Son esos otros..., porque hay gente mala, grosera, mal educada, algunos borrachos, vienen. Y esa genteee es... son esa gente que, que son, eh, que tienen una conducta casi marginal, que son los que matan, los criminales los ladrones, los delincuentes, esos y son esos que se quejan siempre. Hay gente que se queja siempre, prende la televisión y hay gente que se queja siempre. Escucha la radio y hay gente que se queja de todo. Pero son macanas. Se quejan porque..., porque tienen ganas de quej... porque es gratis quejarse. Nada más. No, el hospital... Nadie, acá nadie, nadie se muere por falta de atención médica. Jamás. Nunca he visto a nadie. Todos, todos tienen la atención médica que merece, que necesita, bah. No, no tendrán lujos, pero, pero tienen una

atención perfecta. La comida, te llevan en bandejas individuales, de todo, no. Los antibióticos, generalmente, hay algunos medicamentos que sí escasean pero en general el antibiótico de necesidad, siempre está. No están... a veces hay cosas chicas que no hay, pero las cosas grosas si hay.

Se podría hacer mucho más. Lo que pasa es que el hospital necesitaría... mucho dinero. Como en todo el mundo, los hospitales en otros países son, estee, son privados... En Estados Unidos, si usted es pobre, alguien tiene que pagar su atención médica. En cambio acá viene cualquiera nadie le pregunta nada. En otro lado usted tiene que tener. Si no, si usted es pobre, pobre, pobre, entonces el gobierno de Estados Unidos se hace cargo pero le paga su atención médica. Se la paga al hospital, porque el hospital tiene... necesita plata para mantenerse, para comprar cosas, y bue, así es.

Pero la atención, usted me pregunta cómo, cuando empecé yo, es infinitamente superior, infinitamente. Yo creo que está en, en un punto óptimo. Se puede seguir mejorando a medida que aumente el dinero, nada más, pero la calidad es excelente.

E: ¿Y...?

M: [Interrumpe] Yo mismo me internaría acá, si yo estuviera enfermo me internaría en este hospital.

A. I.1.c.

E: ¿Y qué particularidades tiene para usted, hoy, trabajar en un hospital público?

M: [Breve Silencio] ¿Qué particularidad?

E: Aja…

M: Y a mí, el hospital es algo que siempre me, me agradó y yo pienso que todo médico debe venir al hospital y no debe dejar de venir al hospital porque el hospital es el lugar donde uno, donde uno se va formando, ¿se da cuenta? Y ya estás… se va formando y quiera que no, se, hasta se, se actualiza porque acá no sólo es la parte asistencial sino que también en lo, en este hospital se hace parte eh… de, de Ateneos Científicos que si se discuten los casos estee, estee… hay un aula allá en la parte de… donde no funciona ahora donde nos reunimos todos los médicos, generalmente los martes y los jueves y comentamos los casos más importantes y vemos lo, qué es lo mejor que se le puede hacer al enfermo. O qué… o se le puede brindar.

[...] Acá en el hospital, vos por ejemplo te levantás a la mañana, venís al

hospital y vos llegás acá y no sabés con qué te vas a encontrar, ¿eh? ¿Te das cuenta?… Hmn. Acá además se hace todo, se hace todo consultorio para saber los diagnósticos, se hace, se ven los internados ¿eh?… estee se hace cirugía, ¿eh? se hacen además en el hospital, Ateneos Científicos, eh, por ejemplo, es, suponte vos se murió un enfermo sea de quien, sea de quien sea el médico que haya pedido no importa pero la sala en la que estuvo internado, por ejemplo se hacen se buscan los motivos estee, porque el enfermo eh, puede haberse muerto, si hubo algún, alguna falla o alguna cosa de esa, ¿eh? También se hacen los Ateneos Científicos y se ve cómo los enfermos... también que aquellos que evolucionan bie… muy bien, aquellos que evolucionan muy bien y, y se ve el tratamiento correcto que se le ha hecho, ¿eh?, pero acá el hospital es fundamental.

E: ¿Y es fundamental solamente por una cuestión de aprendizaje de los médicos, por eso ve la, la cuestión de que es tan fundamental?

M: Es fundamental por eso, porque estee no sólo porque, por el aprendizaje sino porque uno se mantiene actualizado, uno puede decir bueno vengo a aprender cuando se está recién recibido, ¿no cierto? a practicar, ¿eh? pero una vez que uno ya practicaste y eso estando en el hospital vos te actualizás, te actualizas permanentemente con estos Ateneos Científicos y todas esas cosas, ¿eh? y además en el hospital eeh se brinda, se hace una obra de bien ¿no cierto? con la gente más necesitada, ¿eh? con la gente más necesitada, ¿eh? porque es feo estee, estar necesitado hoy es gente humilde la que concurre al hospital, ¿no cierto? Entonces, es feo estee a lo mejor estar con apremios de, de índole familiar, económico y todo eso como hay ahora, y encima te… no tener salud, ¿eh? no tener salud. Por ejemplo el otro día, fijate te cuento un caso de, me llamaron a, me llamaron a mí, a la mañana uno cumple horario viene a trabajar, ¿no cierto? A la tarde te pueden llamar a cualquier hora porque estás de guardia, ¿no cierto?, eh. Yo te cuento esto para que vos te des cuenta…

E: Hmn...

M: Estee me llamaron y bueno, por un chico y yo lo revisé y le dije: “urgente hay que operarlo”, le dije, urgente hay que operarlo, vino con la madre. Bueno, y la madre empezó a lloriz… empezó medio a lloriquear. Bueno, pero aceptó la cirugía. Bueno. El chico salió muy bien, ya está en la casa. Bueno, y… y al día siguiente la madre llorisqueando me, se acercó a mí y bueno, yo le…pese a que lloraba porque, porquee pensaba que el hijo tenía algo malo, alguna cosa de esas y le dije: “No”, yo me, me esmeraba en explicarle que no, que no tenía nada malo que el chico iba a

andar bien, que esto y que el otro, que paplín, que paplán. “Y bueno yo le agradezco doctor, le agradezco infinitamente”, porque el chico yo, los dolores que traía ya se le habían calmado y la madre ¿sabés por qué lloraba? Una, porque se había operado, una, porque justo se le enfermó, ¿no cierto? porque a nadie le gusta que se le enferme un hijo. Y otro, porque el chico hacía dos días que había conseguido un trabajo, hacía dos días que había conseguido un trabajo, se le enfermó, gente humilde necesitaba trabajo y ahora como, como …

E: [Interrumpe] Cómo lo iba a mantener…

M: O sea, que ella estaba llorando pensando también en el trabajo que si lo iban a dejar o no lo iban a dejar, porque si hacía dos días y ya iba a faltar estee hasta que se reponga bien, ¿eh? Y yo le dije: “usted quédese tranquila que le vamos a dar un buen certificado”. Sí pero vos vez que por más que le des un buen certificado y… y está operado y todo, hoy va todo, todo se mide por el rendimiento más bien de tipo económico, [Risas] Qué sé yo… ¿Eh?

E: ¿Y qué otras cosas han cambiado en el hospital de hace diez años a esta parte?

M: Y bueno ahora, en el hospital eh, estee hay mucho más, más trabajo, digamos. Siempre hubo trabajo pero ahora hay más trabajo precisamente por lo que te estoy diciendo yo, que las obras sociales ya, la gente con obra social viene y se atiende acá.

E: ¿Y eso digamos genera algún inconveniente en el hospital?

M: [Breve Silencio] Y no sé yo eso, a nosotros no, después el hospital como es… Antes, antes el hospital lo financiaba todo el gobierno, pero ahora son hospitales de autogestión, entonces le cobran a los pacientes que tienen obra social se lo, se lo atiende con obra social pero con ese dinero lo usa el hospital para autoabastecerse, para, para mantenerse. Nosotros no porque estamos con sueldo, a nosotros nos pagan lo mismo, ¿te das cuenta?. Todos los, todos los pacientes que vienen con obra social acá, el hospital le cobra las obras sociales, lo que, lo que se ha hecho acá y eso pasa para, para la manunten… para colaborar con la manutención del hospital, ¿se da cuenta? Porque ahora el gobierno creo yo, no manda, no cubre el cien por ciento de los gastos del hospital. ¿Me entiende?

A. I.1.d.

E: ¿Y qué particularidades tiene hoy para vos trabajar en un hospital público?

M: Eh… bueno en el hospital público tenemos que luchar todos los días con la, con, un poco la falta de tecnología, y con algunas eh… trámites burocráticos que hay que hacer en casos en que se sale un poco de lo común, en lo que se exige un poco más, alguna práctica especializada, eh, las cosas son un poco más lentas pero eso depende del esfuerzo de cada médico y de estee las ganas que ponga cada médico de tratar de solucionar el problema y de llevar adelante las, las dificultades que se van presentado pero, sí es un poco más largo el proceso con, cuando sale de común en el hospital eh, y aparte bueno se nota un gran volumen de pacientes y de casuística quirúrgica y eso eh… un poco estee al médico le, le, le sirve entre comillas si quiere este, eh, lograr entrenamiento, hacer trabajos científicos estee, lograr estadísticas de nuevas patologías, estee… [Breve Silencio] Contame ... [Risas]

E: [Risas] No, como que es el mejor lugar digamos, para aprender…

M: Se puede considerar que es el mejor lugar para aprender, sí, sí yo creo que el médico debe aprender en el hospital, es decir, la escuela tiene que ser en el hospital. Eh… porque aparte, hay un… no sólo por esto de la, de la casuística, de la cantidad de casuística, de, de la cantidad de pacientes sino que porque tiene el maestro al lado, es decir, en la parte privada uno esta cerrado en su consultorio y no puede consultar generalmente eh, a otro médico. Acá, estee los pacientes no los atiende un médico, los atiende una sección, un servicio, no hay, no es algo personalizado, es decir, la, los casos, cada casos se consulta entre varios, se, se aprende entre todos eh, pero el lugar donde se aprende es en el hospital. Es muy raro que un médico en la parte privada haga una interconsulta con otro médico, en el hospital eso se da a diario, cada caso se consulta entre varios, se conversa cada caso, eh… y bueno, ahí hay actividades estee que son fuera de la atención puramente de los pacientes que son ateneos, trabajos que se hacen en conjunto, trabajos científicos y demás. Eso generalmente se hace en el hospital, es raro que en las clínicas privadas se haga, ese tipo de, de actividad.

A. I.1.e.

E: ¿Y qué particularidades tiene para vos, hoy, trabajar en el hospital público que lo diferencian de otra entidad?

M: Bueno, el, el es decir, no sé…la pregunta no sé como va enfocada ¿cómo qué particularidad tiene? o sea, como … primero en, en la parte pública hago el trabajo que a mí me gusta que es el de la especialidad de traumatología y ortopedia, es decir, trabajo en lo que a mí me gusta y bueno, tengo una remuneración por eso también, en fin…

Nota del Entrevistador: Golpean la puerta. Es un paciente quien le realiza una consulta al médico.

E: Si la pregunta iba apuntada a ¿qué diferencias y qué similitudes encontrás en el trabajo hospitalario y el trabajo de, de consultorio en la parte privada?

M: Bueno, en este caso. Bueno, hay eh… algunas diferencias, pocas diferencias respecto al perfil de este hospital [Tose] algunas diferencias entre las patologías que se ve, en el hospital y la patología que se ve en la parte privada, no demasiadas diferencias en realidad. Más diferencias había en el otro hospital, había mucho, mucho, en el Cullen, hay muchos accidentados eh… mucha patología grave de miembro fundamentalmente relacionada con accidentología y que se ve allí, pero aquí no tanto, la patología es bastante similar a la de la parte privada, poca diferencia.

E: ¿Y cuáles son las, las más comunes, las patologías más comunes?

M: ¿Qué veo aquí en el hospital Iturraspe? Se ve patologías bastante variadas en general, la… te puedo nombrar como más común lo que tiene, relacionado con los dolores eh… dorso lumbar, también con la patología artrósica crónica, ya sea, de columna de rodillas, de caderas. En fin, ese sería lo más común que vemos en el consultorio aquí, pero muy variada también vemos mucha otra patología.

E: ¿Y cuántos, cuántos años hace que estás trabajando en el hospital?

M: Desde el noventa y uno, nueve años sería.

E: ¿Y notás alguna diferencia desde el inicio de tu trabajo a ahora, con respecto al hospital?

M: ¿Respecto al hospital?

E: Aja

M: Y mirá, como…yo creo que ha seguido más o menos el mismo curso que sigue el país ha decaído un poco, en, en cuanto a, a los elementos que uno puede, uno podía conseguir, a, a la renovación de elementos de trabajo, al mejoramiento, al conseguir otros elementos de trabajo, el esfuerzo y dedicación siempre fue el mismo en todo el mundo pero como que hubo, como que hubo más ajuste y… decayó un poquito a lo mejor la calidad en ese aspecto, ¿no? O sea, en la época que yo ingresé este hospital creció mucho, se renovó ediliciamente, en cuanto a elementos y ahora eso se ha frenado, se ha frenado como que la curva de ascenso ahora es mucho, es mucho más lenta, eso sería la única diferencia, que yo veo.

A. I.2.a.

E: ¿Y qué particularidades tiene para usted trabajar hoy en el hospital público, qué lo diferencia de otra institución?

M: Para nosotros es un oasis todavía el hospital público, para nosotros es un oasis y realmente nos hemos convertido no sólo en médicos, sino en agente de gran utilidad social, a pesar del concepto tan equivocado que tiene la mayoría de la, de la gente. Yo he discutido con autoridades muchas veces, con, son los políticos y otras autoridades y realmente tienen un concepto totalmente equivocado de lo que es nuestra tarea del hospital público.

Primero, nosotros tenemos que receptar a gente que tiene mal nutrida, mal vestida, mal higienizada. Desde ya no podríamos trabajar… o sea que la persona que está viniendo acá ya sabe que… yo el otro día le digo: viste que linda la serie Chicago Hove que aparecen con los anteojitos de plástico, con un barbijo por las, por las enfermedades de riesgo, y el norteamericano lo ves en el boxeo, en todos lados, no tiene, usa guante, no te da la mano porque todos sus contactos implican una serie de riesgos. Nosotros en el hospital, nosotros estamos en contacto con los piojos, con los parásitos, con la tuberculosis y esta gente que no vive al lado nuestro, cree que nosotros todavía cancheriamos y cuando nosotros queremos solucionar la más mínima gripe, la más mínima bronquitis, la más mínima. Por supuesto todo esto te quiero trasmitir en muy poco tiempo todo lo que uno siente, no tienen ni idea. La gente nos confía a nosotros, yo le digo hace una vuelta a un diputado: mire, la pueblada no se la van a hacer a nosotros, se la van a hacer a ustedes porque realmente están tan equivocados “que sí que cancherean, que, que se… los horarios”. Si nosotros no tenemos horarios, nosotros podemos venir ahora y hacer un fichado, lógico que hay gente… hay, hay casos puntuales que realmente es un extremo pero de acuerdo al nivel salarial que se tiene, de acuerdo a la responsabilidad que se ejerce. Primero no tendríamos que trabajar, no tenemos seguro de mala praxis, o sea que cualquier error que se pueda cometer, tenemos una exposición social tremenda, ojo que hace a nuestra carrera, hace a nuestra profesión pero el Estado no se puede desentender de eso. Entonces, para nosotros el hospital con la gente humilde que hay, ahora cambió muchísimo antes se, se hacía, es decir, como te puedo decir, se ejercía a veces, no con impunidad nunca se fue impune en el trabajo médico. Mi padre ha sido médico y te estoy refiriendo de experiencias de casi cien años de medicina, sumada a la de mi padre jamás, cuando vos metías la pata, el curandero, el curandero en otras épocas que estaba más vigente en la sociedad era muy crítico viste, de cualquier cosa que hiciera mal el médico o que, que la paciente anduviera mal porque parte, partimos de

conceptos de que el médico que intenta solucionar un problema, con una serie de, dee factores complejos que a veces es andan bien y a veces andan mal como todas las cosas. Entonces, la gente siempre le hecha la culpa, ¿no?, cosa que no es así. Bueno, pero vos me preguntabas del hospital…

E: Sí… ¿por qué le parece que es un oasis si puede explayarse un poco más en esa idea?

M: Primero porque vos ves el compañerismo, nosotros tenemos, nosotros a veces decimos, a veces no es tan así hay situaciones que se quiebran fácilmente, pero… y no por una complicidad de cancherismo sino que, decimos que a veces estamos pegados por la espalda y somos muy compañeros nosotros de, de las enfermeras, hay gente que se desubica y somos muy esteee muy compañero de todo el personal paramédico. Por ejemplo, nosotros tenemos los grandes compinches cuando hacíamos guardia, en, en los hospitales que era la policía, la policía a pesar de su nivel social y de su grado, su… hay una cuota de, de clasismo de… que hacen con nosotros y siempre esas cosas. A veces, se… se decía que no se podía ser amigo profundamente porque siempre en el fondo, viste, "usted es profesional" y, y te critican, viste, como hay gente que te pueda admirar o te pueda respetar eso depende de cada uno pero acá se consiguen un montón de condiciones de, de trabajo. Nosotros entre nosotros, viste, vivimos las, las alegrías y las miserias de cada día y estee con mucha amistad, ¿no?. Mirá ahí tenés el ejemplo mirá el paciente que hemos tenido, y uno de los más cuidados del hospital…

Mirá, mirá la foto ahí…

Nota del Entrevistador: El entrevistado señala con la mano derecha una mesita que está detrás de mí, donde hay una foto de dos perros. Los animales se hallan en el hall o Sala de Espera del Servicio de Consultorios Externos Centralizados.

E: ¡Ah! Jaa… [Risas]

M: Los dos perros, entraron dos perros acá a la Sala de Espera y entre que te quieren morder y que te vienen muertos de hambre, qué sé yo y de ahí pensá para el paciente, todo lo queee… hay acá, acá hay gente que no se la puede atender ni del aliento que tiene y sin embargo nosotros la atendemos, y nadie dice nada, ¿eh? Ese es el hospital para nosotros, y a parte se hacen consideraciones horarias como cuando, cuantas veces, o sea vos tenés por ejemplo hay regi… regímenes de veinticuatro horas, qué sé yo a las semanas. Y yo les planteo, puede ser Clínica Médica, mirá me ha pasado a mí, mirá hoy no hago consultorio, ¿no cierto? Y por eso tenía estee relax contigo que podía charlar. Yo tendría que estar en la sala como

médico de planta, lo que pasa es que se ha dado un lugar a los médicos residentes, ¿no cierto? También no digamos que hay superposición laboral, hay muchas cosas que están mal, eso, eso todo el mundo lo sabe, en todos los lados ocurre lo mismo, eh… pero estee, si nosotros se nos descompensa un paciente a la siesta, o si se nos descompone un paciente a la noche es muy probable que algún chico que está haciendo la experiencia, ooo un colega porque lo necesita requiere de nuestra presencia, y nosotros estamos y eso nunca se ve. Un cirujano que tiene un régimen de veinticuatro horas sí, si ayer estuvo media hora por decir, no es tan, tan así estuvo una hora y se piró y el otro día que estuvo seis horas corrido operando. O sea que son gente, hay gente que no tiene idea de lo que habla. Cirujano, dice bueno "termino mi horario a las on… once, a las doce o a la una" y cuando se le hacen las dos o tres de la tarde operando, al menos si, si se habla de, del tema de cumplimiento horario de cumplimiento laboral cuando excede el horario de trabajo ¿quién se lo paga?, qué agarra y deja el paciente abierto y sigue mañana, o dejo el paciente por la mitad y mañana sigo, si mañana voy, hoy le doy el antitérmico y mañana le doy el antibiótico porque se me excedió el horario.

Entonces, no es así cómo se puede juzgar la actividad médica, es lo mismo que vez pasada se hizo la anécdota, viste, con este hombre que tiene tanta trascendencia social, o sea que … la verdad que uno admira su personalidad porque en estas situaciones tan difíciles hay que tener mucho equilibrio, que es Reutemann "los médicos toman mucho café". Si, si se habla muchas cosas al cuete en el bar, muy, muy de bar porque generalmente uno no tiene ámbito donde recurrir en los hospitales, esto es porque hoy el Dr. Nepote que está de licencia, tenemos un lugarcito pero dónde nos vamos a instalar. No tenemos lugar. Habitualmente el personal médico tampoco tiene un baño fuera del baño público, nosotros usamos el baño de los consultorios, el personal se ha hecho un, un bañito ahí porque son, son lugares. Yo digo, yo creo que la culpa es nuestra dejando sectores, viste, para el personal porque realmente lo hemos resignado nosotros, si no lo asumimos te lo ocupa otro. Pero no es tan así no es fácil, nosotros estee, ocupar un baño digamos, eh… hoy vine, llegué te vi a vos, me aguanto porque hace un rato que fui pero si vas cada rato al baño tenés que ir a buscar el baño acá al consultorio o si no el de uso general con todos los riesgos que puede implicar, ¿no? Pero bueno, ese es el hospital para nosotros. Decía "que es muy cafetero" dijo eell, sí pero habría que arrimarse a esas mesas para ver qué estarían discutiendo, habitualmente están ejerciendo medicina, están discutiendo un caso. Mirá, qué sé yo, va a venir una chica, una socióloga porque me va a hacer unas preguntas, sí yo tengo este paciente que está jodido, que tiene tal cosa, que

tiene tal síntoma. ¿Qué opinás vos? Y habría que hacerlo esto y está el psiquiatra que opina una cosa. El psiquiatra habitualmente lo encontramos mucho en el bar que es amigo, nadie lo tolera porque siempre te dice las verdades, ¿eh?.

A. I.2.b.

E: ¿Qué particularidades tiene para vos, hoy, trabajar en un hospital público?

M: [Silencio] En realidad es la... Yo creo que el trabajo de hospital tiene esa, esa doble cosa, ¿no?. De que uno a su vez está en una escuela y entonces, y está compartiendo y un poco como la relación médico paciente es la ideal porque no está el dinero de, de por medio. Eso sería lo ideal. Sería lo ideal si uno tuviera a su vez un sueldo que le permitiera dedicarse totalmente al hospital y si a su vez, estee, dispusiéramos de todos los medios, ¿viste? En realidad no es así. Nosotros al paciente no le podemos ofrecer, por ahí, todo lo que quisiéramos ofrecerle, ¿no? Estamos limitados a una tecnología. Pero, estee por lo menos en la parte cardiológica por allí hay estudios que uno no los puede hacer en un hospital y en este momento hay contratos del Ministerio con la privada, ¿eh?. Inclusive nosotros no tenemos cirugía cardiaca, sin embargo un paciente, si necesitamos operarlo, por allí se envía a la fundación. Por contratos que el Ministerio tiene con laa, con la fundación. La verdad es que no sé como vienen esas cosas, pero. O sea, como que cada vez uno tiene, este, es mayor lo que uno puede ofrecer, ¿no?, estee. Siempre uno trata de elegir los pacientes, ¿verdad?, estee. Por ahí sabemos que esta es una medicina que no se la podemos ofrecer, estee, o sea, eh, o sea... No estamos en el primer mundo, ¿viste?. No podemos ofrecer la medicina que se hace en Estados Unidos aquí ¿no cierto? Ni de la misma manera. Uno tiene que elegir el paciente, ¿no?

E: ¿Cómo es eso de elegir el paciente?

M: ¿Cómo jerarquizás?

E: Ajá

M: Y yo supongo que si uno tuviera que operar a alguien de dieciocho años, ¿no?, y alguien de ochenta y uno y te dicen tengo una sola posibilidad de cirugía porque tengo, a lo mejor, no sé suponte que la cirugía valga diez mil dólares y te dicen dispongo de diez mil, y yo creo que uno tendría que jerarquizar aquel que va a tener más posibilidad de vivir por el solo hecho de ser joven, ¿viste?. O sea, a los ochenta y un años, por más que yo lo opere y ande bien, estee, tiene ochenta y un años y yo sé que el promedio de vida, de mi país está entre setenta y cinco y ochenta, o sea que ya lo pasó. Entonces por ahí es poco lo que yo puedo ofrecerle con respecto... ¿Me

entendés?

E: Ajá

M: Yyy, así.. Pa, Parece cruel de entrada pero viste, es así. Vos tenés que, como que administrar los recursos de salud, ¿no? Entonces, esteee, un poco es eso, ¿no?

E: Y esta administración de los recursos en salud, eh… ¿Ves digamos, a diario, esta idea de costo beneficio?

M: Sí, sí. Sí porque ya te digo, nosotros estee, no tenemos, eh, la posibilidad deee ofrecerles a todos, todo, ¿no? Entonces uno un poco me parece que hasta es bastanteee, eh, noble, que uno sepa administrar. Es como cuando vos estás en una casa y donde decís, bueno, mi gasto total es dee… mi... ¿Cómo sería? Mi sueldo es este, y entonces de pronto uno tiene que saber administrarse para que no le falten las cosas, este, para que no le falte leche por ejemplo a un chico, digamos así. Sí, sí. Por ahí fijate que por ahí por épocas se da esa paradoja, no sé si a vos te ha tocado entrevistar a alguien, pero por épocas se da esa paradoja donde te dicen, estee, se logró a lo mejor, estee, el dinero para un transplante de médula, ¿no? A lo mejor sabiendo que la posibilidad que me agrega el transplante de médula es muy poquitito, de.., la posibilidad deee chance de vida que le agrega. Y a lo mejor al lado vos ves que tenemos una cantidad de carenciados, viste, chicos, ¿no?, que le faltaa, por ejemplo le falta leche. Entonces, vos decís, claro, eso públicamente está mal administrado, porque yo estoy en un país donde, a lo mejor, estoy invirtiendo en alguien que no tiene posibilidades, mucha chance de vida y estoy en otro, que tienen una potencialidad ¿viste? tremenda y le estoy, esteee

E: ¿Y, eeehh, cuánto hace que estás trabajando?

M: ¿En el hospital? Y llevo diez años, más o menos. [...] Yo comencé haciendo laaaaaa residencia de clínica médica, entonces, apenas me recibí, este, el primer trabajo que tuve fue en el hospital Cullen. [...] Y, esteee, mi primer día fue, viste, como todo, mucha ansiedad, viste, porque vos desconoces todo. Entonces ahí me ayudaron mucho los compañeros médicos que estaban del año anterior, ¿eh? Esteee. Aparte mi primer día fue, a mi me tocaba ingresar un primero de mayo y yo me presenté el primero de mayo y ese día no había que trabajar, [Risas] En el Cullen hice clínica médica, después hice cardiología, el postgrado lo hice en la facultad de Rosario y después, eh, una vez que terminó mi residencia, termina, digamos, el contrato con el hospital, entonces pasé a hacer algo de medicina privada pero siempre, como me gustaba laaa, la actividad hospitalaria.... Porque la actividad hospitalaria es don…

donde los médicos nos reunimos en grupo y por allí discutimos un caso, lo presentamos, esteee. Así que nunca me desconecté, por más que no tuviera sueldo, siempre seguí yendo. Y porque se hace una rueda, digamos. Uno primero aprende y después sos docente de los que van ingresando ¿viste?

E: Ajá

M: La formación médica, esteee, eh, post facultad es muy importante porque laaa, la facultad, digamos, como que te, te forma, te pone un montón de conocimiento, pero nos falta el contacto con el paciente. Entonces, eso uno lo va adquiriendo ¿eh? postgrado, digamos, una vez recibido ¿eh? Viste que la, la paradoja si vos los títulos que nos dan en la facultad, que nos ponen médico cirujano ¿viste? y en realidad por ahí nunca uno ha hecho ni siquiera una mínima cirugía, ¿no? Pero es como que estás habilitado para trabajar. Así que la formación médica, estee, tiene..., uno recibe mucho y después uno a su vez está entusiasmado para dar. Entonces yo siempre seguí conectada con el hospital y seguí con el Iturraspe, pero, este, miii obligación, digamos, a través de que empecé a recibir un sueldo, este, desde hace diez años ¿eh?. Yo tengo de recibida, yo me recibí en el see, en el setenta y seis así que imaginate, casi veinticinco años ¿no? Estee …

E: ¿Vos estudiaste en Rosario, en Córdoba…?

M: [Interrumpe] En Córdoba. En Córdoba estudié, eh, medicina, pero, después, estee mi residencia de clínica médica la hice acá en Santa Fe y el postgrado en cardiología, estee, la hice en la Facultad Nacional de Rosario. Eh, en esa época se hacía un curso donde uno viajaba todos los días, entonces yo viajaba y volvía a la tarde.

E: ¿Y por qué Iturraspe?

M: ¿Por qué quedé conectada con el Iturraspe? Porqueeee... [Breve Silencio] quedé conectada con los cardiólogos del Iturraspe, en realidad esteee, y una vez que eehh, me invitaron los residentes de clínica médica del Iturraspe, a que yo fuera su docente en electrocardiograma, viste electro los... ¿eh? [Nota del Entrevistador: La entrevistada sostiene mientras señala con el brazo el aparato que está en el consultorio]

[...] Entonces eso me, me, me atrapó. O sea me lla.., me llamaron como docente, ¿no? todas estas cosas son, ya te digo, eh, son todas como, estee, cargos ad honorem pero que a uno le hacen sentir muy bien, ¿viste?, porque es como que el conocimiento.... Entonces ahí empecé a ir al Iturraspe y ahí quedé, esteee, un poco como de consulta en la sala de Clínica Médica. Cuando hubo un lugar, que hubo que

nombrar a un cardiólogo, entonces me dieron la opción de estee ¿viste que no hay más concursos?

E: Ajá

M: Hace mucho que no hay más concursos en la provincia. Entonces un poco los nombramientos, estee, supongo que vienen así, por cont… que te conocen, te… Y yo estoy nombrada como de emergencia, ¿viste? Pero son esas emergencias medias eternas así, así que estee. Creo que ahora salió una ley que pasaban a planta, ¿no sé si vos escuchaste?

E: No

M: Que pasaban... no a planta si no a médicos interinos, ¿eh? Pero esa es la razón por qué yo formada en el Cullen, terminé en el Iturraspe [Risas]

[...] Vos me preguntaste porque me gusta más el hospital. Y a mí me gusta porque hago una medicina hasta me parece que mejor, viste, este, en el sentido de la relación médico paciente, ¿eh? Eh, que te digo que eso es lo que uno no ve en la privada. En la privada, vos ves otro tipo de cosa. Y que uno está empezando a ver que esto va cambiando, también en el hospital, quizás porque el Iturraspe también tiene el hecho dee... Viste cuando vos un hospital loo. Yo creo que desde que se lo mejoró, se le puso las salas más nuevas, y todo eso hasta cambió la gente. La gente va donde ve a los iguales, viste,

E: [Risas]

M: En serio. Vos si un día te acercás al, al hospital Cullen, vas a ver que enseguida te das cuenta que el nivel es más bajo de gente, viste, es más pobre. Viste que en el hospital, este, Iturraspe no ves esos pobres, pobres, ¿no? Este, son los menos por ahí. Así que este, a eso me referí.

A. I.2.c.

E: ¿Trabajás solamente en el hospital o también trabajás en otra entidad?

M: Eh… trabajo en el hospital y en la parte privada en un consultorio. Nada más.

E: Y... Para vos digamos, ¿qué particularidades tiene para vos trabajar hoy, en el hospital público? [Silencio] … a diferencia digamos de la actividad privada.

M: Eh... es muy diferente... es muy diferente, desde todo punto de vista. Empezando por el tipo de gente que se atiende. Eh... son las mismas patologías pero

distinta gente con más carencia o menos carencia, y con más necesidades desde todo punto de vista, ¿no?

En el hospital a mí siempre me gustó. Creo que a todos los médicos le gusta el hospital porque, por el ambiente, por lo que se aprende... Estee... y por cariño porque uno se empieza a formar en los hospitales. Entonces, debe de haber algo en la cabeza como que te hace rememorar [Risas] los comienzos de todo. Siempre... me gusta el hospital, protestamos todos los días por el hospital pero nos gusta, a mí me gusta.

Estee... y es más si tuviera la oportunidad capaz que me pudiera dedicar solamente al hospital, pero no existe eso y... no en nosotros.

E: Y para vos digamos, cuando vos hacés referencia digamos, a que te gusta el hospital, digamos a que te referís...

M: A todo…Eh... desde el personal, eh... los compañeros de trabajo. Eh... cómo se trabaja, cómo se discuten los pacientes porque en la parte privada estás sola, en general, estas sola. En cambio en el hospital tenés el grupo de trabajo diario, en la parte privada vas a un sanatorio, vas al consultorio y los pacientes sólo. Pedís interconsulta y vez un papel, una respuesta escrita y nada más, es muy raro que te puedas sentar a charlar como lo podés hacer en el hospital. O sea que le sacás más jugo a las cosas.

A. I.2.d.

E: ¿Y qué particularidades tiene hoy para usted trabajar en un hospital público?

M: Bueno, me permite en principio mantenerme en contacto con los residentes, con la gente que está en formación y que son como si fuesen la tabla raza, digamos que vos le podés volcar contactos, conocimientos, criterios, experiencia. Entonces, estee… te mantiene de alguna manera obligado a actualizarte a buscar bibliografía, además la patología es diferente, eh… eso es una cosa que recalco. Es diferente la patología del hospital público a la del consultorio en la parte privada. Estee, entonces muchas veces realmente requiere actualización permanente.

La diferencia está en que generalmente la actividad privada es más consultorio externo entonces, es ese tipo de consulta que yo te mencionaba. Mientras que la internación acá en el hospital, yo particularmente no veo internación en el privado. Salvo cuando tengo que internar algún paciente por algún motivo pero lo, en general es mucho más interesante el internado acá en el hospital.

E: ¿Y por qué?

M: Por el tipo de enfermedades, enfermedades más interesantes entre comillas que te vuelcan más a, a, al estudio, a actualizarte, a volver a leer, ¿verdad? Que te plantean desafíos de diagnóstico, ¿hmn?. A parte promueven la realización de Ateneos o Juntas Médicas para conversar el caso, para estee determinar por qué tiene esto o por qué no. O sea, se genera una controversia y yo creo que eso es lo que te enriquece. Que no, que no depende únicamente de tu única opinión. En el consultorio estás vos solo y por más que tengas otros colegas que no sean especialistas en neurología por ahí tienen criterio clínico y vuelcan su experiencia. Entonces, eso genera estee, genera la, la controversia.

A. I.2.e.

E: ¿Y cuándo y en qué área comenzaste a trabajar acá en el hospital?

M: Bueno, también justamente a raíz de esto, de estas especialidades primero, mi primer etapa fue como residente de clínica que fue desde los años eh… ochenta y seis al noventa y después me fui a Buenos Aires a hacer mi especialidad de infectología que estuve del noventa al noventa y tres. En el año noventa y tres volví al hospital pero ya a desarrollar mi tarea en infectología.

E: Eh…¿ vos en los consultorios externos trabajás en el área de infectología?

M: Sí

E: ¿Sos la única médica que trabajás en…?

M: [Interrumpe] Infectóloga sí, en el hospital.

E: Y… ¿trabajás solamente acá en el hospital o también trabajás en otra entidad?

M: No trabajo a nivel privado. Tengo mi consultorio y eh, hago interconsultas en diversos sanatorios de la ciudad.

E: ¿Y qué particularidades tiene para vos trabajar, hoy, en un hospital público?

M: Ah… qué pregunta. [Risas] En realidad uno vio, eh, digamos todo … todos estos años eh… unos cambios y fluctuaciones en distintos aspectos que uno la analice. Yo creo que el hospital público está en una crisis económica tan, tan recesiva y tan profunda que eh… realmente eso imposibilita desarrollar mediana, y básicamente en algunos casos ésta y cualquiera otra especialidad. Esto es que eh… realmente el hospital carece de medios para mantener la institución del servicio que en teoría debería ofrecer, que todas las personas se merecen porque realmente hemos visto que se ha incrementado el trabajo, la complejidad de las patologías, eh… las

consultas de gente que aún teniendo obra social viene al hospital y eh… en realidad a veces ni siquiera tenemos drogas eh, básicas o antibióticos básicos para administrarla por una razón meramente, meramente eh… presupuestaria.

A parte justo hoy me, digamos lo que está pasando es una transición de eh… nombramiento de director porque el director previo renunció eh… y hay un director interino, no sé como se llamaría el término correcto que es un representante eh… del Consejo de Administración del hospital y no sabemos cuál va a hacer nuestro futuro en cuanto a la directoría del, de nuestro nosocomio.

Entonces, si uno le suma problemas económicos, eh… graves, si uno le suma eh, mayor caudal de pacientes con mayor exigencia, que la mayor exigencia no quiere decir las patologías que sean más complicadas que antes sino que uno desde lo científico tiene que, más recursos para investigarlas y tratarlas pero cundo más se complejiza la medicina y más pacientes hay menos plata hay todo resulta en un caos [Risas] que es lo que estamos padeciendo yo y todos los médicos que trabajamos acá con el corr… con un nivel básico de responsabilidad cualquiera se sentiría mal. Lamentablemente esa es la realidad. Entonces la pregunta que viene sería, ¿por qué uno persiste trabajando en el hospital? Bueno, persiste porque siempre queda eh, la ingenua utopía que las cosas van a mejorar, persiste porque a uno le gusta, y porque está entrenado para hacer su trabajo eh… y porque bueno, el hospital siempre tiene alguna parte digamos, positiva que es siempre la variabilidad de ver siempre cuadros clínicos y seguir aprendiendo, y seguir acompañando a la ciencia, estee ese es un poco el resumen de, del malestar que se está viviendo ¿no? En éste y en todos los hospitales públicos de la Argentina, ¿eh? O en la gran mayoría de ellos.

E: ¿Y cómo repercute esta situación del hospital en la relación con el paciente, o sea en el tratamiento que se le pueda dar al paciente?

M: Eh… bueno repercute en forma directa, es decir, por supuesto que eh, el malestar psicológico que pueda ocasionar en más o menos cada uno de nosotros eh, es muy… cómo es personal justamente uno lo maneja como mejor puede. Eh… la parte recursos que es lo que le interesa al paciente. El paciente por lo menos de mi parte, yo hablo de lo que me pasa a mí, se va con la información real de lo que ocurre, es decir, “mire señor usted debería hacer esto pero esto acá no hay o acá no se hace”. O “yo le doy la receta pero bueno, si no se lo dan acá cómprelo”, ¿eh? Y si no lo puede comprar en vez de darle que sé yo, el antibiótico de primera elección será el de segunda, tercera o cuarta elección.

Es decir, el paciente se va con la información de lo que le es mejor para él y de

lo que estee realmente ocurre que a veces es una disociación, no siempre ocurre tampoco quiero dramatizar la cosa, pero ocurre con frecuencia y con respecto a las demoras a veces se ha incrementado eh, haberse incrementado los, las consultas eh… en demoras de los turnos. Es decir, uno ve que, que los pacientes vienen muy temprano, esperan varias horas para ser atendidos eh, y … en fin a veces pierden de ir a trabajar, a veces tienen problemas incluso de con quién dejar a sus hijos pequeñitos las madres eh… o sea toda la parte social se ve por supuesto eh… condicionada y si hablás con un Asistente Social te puede dar una realidad un poco más atinada o acertada de lo que te estoy diciendo pero eso es lo que uno ve, que, que todas las cadenas digamos, se van repercutiendo a partir de, de lo mal que uno está trabajando ¿no?

A.II.1.a

E: ¿Y por qué motivos elegiste el hospital Iturraspe?

U: Bueno, porque … una porque allá en el pueblo hay un solo doctor que atiende eh… embarazadas, niños, grandes, adultos, todo. Ese es el único problema que tiene el pueblo y algunas estee enfermeras te tratan para el … para el demonio. Entonces estee… y prácticamente acá viste… allá no hay ni para hacer el electro y si no tenés mutual te sale cincuenta pesos un electro, treinta o cuarenta una ecografía. Entonces, para las personas que no tenemos mutual se nos hace difícil y tenemos que elegir entre San Justo que es el más cerca o directamente Santa Fe. Yo decidí venir acá porque estee, o sea, tienen más estee… están más avanzados supongo yo acá… Por eso.

A.II.1.b.

E: ¿Y por qué motivos elegiste el hospital Iturraspe?

U: Y porque en el Cullen son unos animales. [Risas] No, estee son unos animales. Ahí en el Cullen fui una vez por un problema en el páncreas que tenía, se me había inflamado el páncreas, no podía caminar. Me preguntaron si andaba con diarrea, el médico, fui a la guardia viste y le dije que sí, estaba tomando té porque comida no me pasaba. Me dieron pastillas de carbón para, para la diarrea. Y después entre la fuerza que tenía que hacer para cagar… [Risas] y el dolor que tenía en la panza no podía ir a ningún lado [Risas] Me atendieron mal. Y de ahí nunca más fui. Si a veces por urgencias sí voy pero… Incluso antes de ir la… la segunda vez al Iturraspe fui al, al … antes de ir al Iturraspe fui al Cullen. Y… el médico clínico bien

pero el Dermatólogo mal, mal, mal…

E: ¿Y cómo sería eso?, ¿qué no te gustó?

U: No, la atención. Es decir, te atienden muy… muy, muy a lo caballo viste. Mal, digamos no sé si es por … eh… que atiende otro tipo de gente o por lo... no sé, por qué. Pero te atienden mal, digamos. No, no tenés la misma atención que tenés allá. El médico clínico ya te digo muy bien, muy bien. Pero después cuando me pasó al dermatólogo me dijo: "Bueno, yo te voy a dar un turno para que vayas al dermatólogo". Porque eso no es una cuestión de él. Fui a la mañana, al otro día y me dijo: "Ponete alcohol yodado que se te va a ir" y a mí se me hacía cada vez más grande. Y… así que preferí ir al Iturraspe que sé…

E: Y vos recién me decías que te parecía que era medio de animales…

U: [Interrumpe] Sí

E: ¿Y me podés ejemplificar en qué cosas las veías, en qué actitud vos ves eso, digamos…?

U: No en la, en la … por ejemplo, en la falta de ganas para atenderte o sea yo cuando fui con el problema del páncreas me dijeron "sentate en la camilla" y… y ni te revisan, viste, porque de última si te tocan para saber qué parte del cuerpo tenés inflamado. O si es que te duele o no te duele. Y no. Como "qué tenés y quedate ahí", como, como si nada viste, así que…. Y después el dermatólogo ni siquiera te explican qué es lo que tenés o qué es lo que no tenés como eh… vos tenés un coso acá en el cuello y no sabés qué es y te dicen "Bueno, pasate alcohol yodado". Sí, pero "¿qué es?". "Y no mirá esto puede ser un forúnculo", lo que sea te dicen y… Pero "Sí –le digo- lo que pasa es que me va a volver a salir, porque si ya me salió una vez, me va a volver a salir". "Y –dice- cuando te salga vení otra vez". Así, cosas así. Entonces, no te dan una solución digamos, no te dan la atención que te tienen que dar. Diferente, ahí en el otro por lo menos podés hablar, al menos te sacás todas las dudas. A veces sí tenés que esperar en el Iturraspe pero… generalmente no, digamos es medio rápido.

E: ¿Y por qué elegís el hospital público para atenderte?

U: Elijo el hospital por, por una cuestión de efectivo nomás [Risas] ¡Bah! Si tenés que ver a un dermatólogo común te sale una consulta veinte pesos más o menos. Eh…como no tengo obra social, ni nada entonces no me queda otra que ir ahí… Pero bien, ya te digo bien, te atienden bien

A.II.1.c

E: ¿Vos… por qué motivos elegís el hospital Iturraspe para atenderte?

E: Por la buena atención eso es fundamental, por la buena atención. ¿Por qué otros motivos? Si venís a sala, a… venís a guardia te atienden bien. Venís a los consultorios te atienden bien. Venís a preguntar te atienden bien. ¿Por qué otra cosa más? Yo te digo, yo estoy hablando… no quiero comparar pero pasa así… me ha pasado así. Si yo a veces cuando he estado re – mal no he venido a este hospital porque me queda medio lejos. Porque siempre estuve pendiente del hospital que me queda más cerca pero siempre he tenido mala atención. Así que de última no me queda otra y ya me quedo. Ahora no me queda otra que tenés que ir a ahí, ahí, ahí por más lejos que te quede, más o menos no tanto. Pero… me… me quedo con éste, termino acá el tratamiento, pero no sé si después me seguiré enfermando pero seguiré acá. Ya lo elegí.

[...] Mirá si yo te digo no es por el caso de que yo esté en este hospital. Sabés que… te voy a ser sincero nunca me pasó nada, nada malo que me halla ofendido o me halla puesto mal en este hospital. Nunca. No es que lo tenga como el elegido porque sea como fuere los hospitales son para la atención pública, ¿no? Pero yo vivo cerca del otro hospital pero claro uno al estar mal por supuesto que va a buscar lo primero más cerca, el más cercano. El hospital que está más cerca de mi casa. Pero me sale todo mal porque el hospital que está más cerca de mi casa no me sirve para nada. Entonces tengo que venir, hago unas cuadras más, vengo a éste hospital pero me atienden bien. Las veces que vine a la sala de guardia re- bien. Acá a la guardia me han trasladado a una sala donde han estado los médicos de cabecera y en cambio en el otro no. Me dejan esperando horas y me conforman con unas pastillitas, cosa que … que yo he estado dolorido y el médico justamente lo sabe porque yo venía del otro hospital me hizo atender cuando empecé de nuevo con esto, me daban pastillas las he vomitado y ya no las aguantaba del mismo dolor. Las vomitaba. El doctor, ¿qué hizo? No me recetó pastillas pero me recetó inyecciones y a través de las inyecciones ahora ando bien. Son cosas que … que hay que pasarlas. Yo he estado re – mal así y no me han atendido como, como tienen que atender a una persona, no sé.

A.II.1.d.

E: ¿Por qué motivos elige el hospital Iturraspe para atenderse?

U: Porque me atiende de diez. Atienden de diez. Inclusive los enfermeros no eran enfermeros ya eran amigos. El doctor, el doctor Pierini, el doctor Brosutti todo los que lo atendieron a mi marido no…. Él no tuvo suerte pero… más no le podían hacer.

Y yo estee viste del hospital Cullen tampoco puedo decir nada, al contrario me hicieron dos operaciones. Una operación y me colocaron el brazo y bueno, todo así. Por eso yo cuando la gente habla por la radio y dice que el hospital eh… público deja que desear yo me voy al teléfono público y les hablo a la radio. Les hablo a la radio porque son de diez.

E: ¿Y usted empezó a ir al hospital cuando su esposo se enfermó?

U: Sí. Lamentablemente eh… cuando mi madre se enfermó no la llevé al hospital que si no, tal vez se hubiera, se hubiera estee salvado la vida porque es muy buena la atención en el hospital.

E: Y, y usted por qué dice eso… que a lo mejor en el hospital… que está con pena porque no llevó a la madre ahí

U: Porque mi mamá en ese momento el PAMI[84] estaba cortado. El PAMI estaba cortado y… bueno, los médicos la atendían así… ellos sin hacerle grandes estudios porque como el PAMI estaba cortado. En cambio, mi esposo le hicieron de todo. Mi esposo tomó un cáncer de colon. Lo internaron, la atención fue divina. Le hicieron de todo, de todo. Le hicieron estee tomografías computadas fuera del hospital, inclusive lo llevaron a Paraná a hacer estee resonancia magnética. Pero él lamentablemente no tenía solución. Pero la atención era muy buena, yo me podía quedar con él todo el tiempo, la limpieza, la comida, todo, la gente. El personal de la Sala Seis de diez.

E: ¿Y usted ahí tenía como obra social el PAMI o…?

U: No nada, no teníamos. Yo tenía obra social eh… primeramente teníamos cuando no la precisamos teníamos estee CAMI. Y cuando lo necesitó mi marido estaban con la olla popular. La olla popular en la puerta. Así que pagamos sesenta pesos por mes. Por eso, yo nunca más me haría socia de ninguna obra social aunque me sobre el dinero, siempre recurriría al hospital

E: ¿Y para usted cuando entra al Hospital Iturraspe o cuando está en el Hospital Iturraspe qué siente digamos?, ¿qué significa por ahí el hospital Iturraspe para usted?

U: Y para mí significa … mucho porque cuando yo pagaba la obra social [Breve Silencio] no, no, no estuve atendida como estoy atendida ahí. Inclusive cuando la necesité estaban, se habían robado todo, no sé que habían hecho pero el sanatorio estaba cerrado con la olla popular en la puerta y en el hospital … yo siento que… no sé yo tuve una suerte que a lo mejor especial porque a mi marido lo atendieron tan

bien. Lo llevaron a Paraná a hacer resonancia magnética. Lo acompañaron dos médicos con un remisse de … con aire acondicionado, que no pagamos ni un centavo. Hicieron análisis de alta complejidad ahí en calle eh… no me acuerdo la calle ahí Ituzaingó por ahí… una clínica de, de análisis de alta complejidad. Le hicieron de todo, de todo. Y bueno a parte que me permitían a mí estar continuamente. Por eso yo digo que no hay quejas mías.

A.II.1.e.

E: Y… ¿Por qué vinieron acá al hospital Iturraspe?, ¿Por qué eligieron al hospital Iturraspe para atenderse?

U: [ella] ¿Por qué?, porque fuimos al hospit…, habíamos ido primero a Rafaela al hospital, a Rafaela pero no llegamos a nada. Entonces, bueno [Risas] como no tenemos mutual…

U: [él] Como estoy sin trabajo entonces…y hay un hombre conocido que conoce el hospital entonces nos trajo…

U: [ella] Para ver que pasaba

U: [él] Para ver lo que pasaba si…

U: [ella] [Interrumpe] Para cambiar un poco, de hospital, de médico, qué sé yo… porque en Rafaela no llegamos a nada.

E: Y… ¿cómo es eso de que no llegaron a nada?

U: [ella] Si porque…

U: [él] [Interrumpe] Si porque …

U: [ella] [Interrumpe] Tenía una resonancia magnética de hacer…

U: [él] [Interrumpe] El doctor, y uno le preguntó cuánto costaba porque no estaba, no hay dinero, no hay trabajo y él burlándonos como así, como diciendo, dijo que valía “más que un kilo de azúcar y más barato que un 0 Km.".

[Breve Silencio] Entonces... eso es tomarle el pelo a la gente. Entonces decidimos venir acá, el muchacho ese nos trajo. Entonces ahora por lo menos vamos a hacer ese estudio y va a salir lo que tiene, lo que es… así por lo menos ya en pocos días vamos a empezar a trabajar si no es nada grave.

[...]Y allá en Felicia tengo, hay dos médicos pero, uno se va, se va casi todos

[84] PAMI: Programa Asistencia Médica Integral

los fines de semana a Córdoba y el otro hombre que ya es bastante grande entonces, no, no hay médicos directamente. Y en el hospi… el que dicen que es hospital, ¡uy! ese te sacan. No es un hospital, es como un sanatorio vos vez a la gente que está más que diez días así no lo tienen o sea, no lo atienden sino ya le empiezan a cobrar y entonces no se puede. Entonces hay que salir para, para Santa Fe, Rafaela pero en Rafaela también te largan, te largan parado.

U: [ella] [Interrumpe] Nosotros…

U: [él] Nosotros no tuvimos suerte, hay gente que tiene suerte pero nosotros no tuvimos.

A.II.2.a.

E: Bueno, ¿cuánto tiempo hace que venís al hospital?

U: Y yo hace eh… cuando era bebito él, tenía tres meses de vida cuando yo lo traje al hospital, que existía Sala Cuatro en ese entonces. Y era el doctor Altermi me lo atendía a él, cuando se descubrió la hemofilia y de ahí no..., ya no salimos a ningún lado, siempre quedamos al hospital Iturraspe, siempre me lo atendieron acá. Siempre, siempre, siempre.

E: Y vos viniste digamos por tu hijo… digamos acá al hospital. ¿Y por algún motivo tuyo?

U: [Interrumpe] Siempre vine acá, siempre vine acá porque siempre fui bien atendida. Estee… inclusive en los embarazos. El último embarazo que tuve, que tiene, una beba, ahora tiene seis años, también estuve acá, porque tuve problemas con ella. Yo siempre todo, así me corte... me saque una uña vengo acá. Nunca tuve. A otro hospital no mee..., igual que el chico mío tiene el Sanatorio y no sale, no va, no quiere ir ahí. Él del Hospital Iturraspe no lo saqués.

E: ¿Y por qué te parece que eligieron al hospital?

U: Eh… yo no sé, viste pero para mí el modo de tratarte de las enfermeras, es como que vos te sentís en tu hogar, dirías vos las enfermeras son amables, son atentas... te… [Breve Silencio] Ellos ven que vos estás decaída, que tenés tu, tu familiar mal ellos te dan, te dan una mano. Te levantan el ánimo viste, no te dejan caer ellos. Eso es lo que yo tuve siempre, que ninguna… tanto las enfermeras como los médicos siempre estuvieron a la par mío, nunca me dejaron sola. Siempre, siempre. Y siempre me dieron la mano viste de… tanto las chicas las asistentes sociales más todavía porque ellos estaban peleando a la par mía. También ellos, siempre.

E: Aja… ¿Y cómo es eso de estar a la par tuyo?

U: Claro eh… eh… Rubén con la enfermedad que padece, yo hay veces que lo traigo ya porque los médicos, que ya los médicos me miran que parece que ya no va a vivir más, viste, tal es así que hará tres o cuatro años atrás que tuvo una hemorragia en el Sur y los médicos no le daban vida a él. Y ya el médico me hizo con la cara que no iba más, pero viste con el aliento que ellos te dan… porque no sé… se me apoyan así en el hombro y me dan un aliento, para decir "fuerza". [Nota del Entrevistador: La entrevistada cuando enuncia la palabra “fuerza” realiza un ademán: mueve el brazo derecho hacia el hombro izquierdo] "Bueno, negrita, ya va a pasar, tené fe" y qué sé yo qué. Entonces eso me… sí… yo ya te digo, yo me siento como que estuviera en mi casa. En mi casa, es mi segunda casa. Yo al hospital Iturraspe lo tengo como mi segunda casa porque yo acá en el hospital Iturraspe yo vine y llevé a mi hijo a mi casa sano, lo saqué bien de acá del hospital… y no… yo no conozco hospital Cullen ni… ni por quemadura ni por nada con el pibe… ni por mí tampoco. Pero… conocí por parte de mi familia de mi mamá, de ella que sí ha conocido… al hospital Cullen pero yo no lo cambio al hospital Cullen. Yo no, no sé otra persona. Y pienso también que el pibe mío, el chico, el pibe mío no quiere irse al Sanatorio ni nada. "Pero no, dejame nomás en le hospital Iturraspe". Viste los chicos ahora lo que te dicen "si yo tengo que morir voy a morir en un hospital" dice [Risas]

E: [Risas]

U: "Y no en un sanatorio", dice. No, y es así. Yo, por lo menos, yo me siento bien. Y él también se siente bien, si no él me lo diría, viste, "No. Llevame a tal lado".

E: ¿Vos tenés obra social Margarita?

U: No, no Rubén nomás tiene obra social pero no, no le vengas… no le digas así de poder optar porque del hospital Iturraspe a él no lo vas a sacar. Ya vinieron los médicos de PAMI a acá, diciéndole que él tenía obra social y que le correspondía Sanatorio, y él dijo que no. Después cuando estábamos ahí: "Ni se te ocurra cambiarme a un sanatorio". Yo no lo puedo sacar, si él no lo dice no lo puedo sacar de acá. Si él no da la autorización de salir de acá.

E: [Silencio] ¿Y por qué motivos, si bien ya venimos hablando, a vos te parece que vos elegís el hospital Iturraspe para atenderte, o el hospital público?

U: [Breve Silencio] Eh… bueno, primero el hospital Iturraspe lo elijo porque está cerca de casa y por segundo, ya le digo por… por…por [Breve Silencio] por las comodidades que tiene y por el modo de tratar a la gente, que son buenísimo. Por esas tres cosas lo elijo y lo voy a seguir eligiendo siempre.

E: ¿Y cómo es el modo de tratar a la gente?

U: El modo de tratar a la gente es que… vos, vos llegás y ellos te, te … yo no sé si ellos ya saben cuando tenés el paciente que está grave y qué sé yo… ellos van al paciente y van al familiar y… una cosa sería que te atienden al paciente y te atienden a vos a la vez. Porque ellos te están dando fuerza a vos, te están dando a vos y le están dando al paciente, te están dando fuerza a vos… a la par del paciente. Y ellos te dicen "Bueno, esto va a pasar, tené fe" o "Vos sabés que siempre Rubén viene así" -me dicen las mismas chicas enfermeras, o los médicos mismos- "vos sabés que siempre Rubén viene así. Y sale Rubén a flote". "Tené fuerza gorda…" me dijo ahora el médico "porque varias veces ha venido Rubén jodido –dice- y siempre salió". "Ya se le va a pasar el dolor", dice y así.

E: ¿Y alguna vez tuviste una experiencia fea acá en el hospital, con algún médico, o con alguna enfermera? ¿Algo así, algún maltrato o… que vos recuerdes?

U: No, nunca tuve un maltrato. Siempre fueron amables, amables ya te digo y que me hacen sentir como que fuera ésta mi casa… Ésta es mi segunda casa para mí porque yo vivo ya, yo vivía tres días en mi casa y … quince días acá en el hospital cuando él era chiquito. Ahora que es grande, ya cuando es un hombrecito no. Pero antes sí era … yo lo siento como mi casa al hospital.

E: ¿Y qué cosa tiene el hospital que te hace sentir como en tu casa?

U: Es la comodidad que ya te dije y… y… como te atienden, como atienden al paciente y atienden al acompañante y como se siente en las… en la privacidad ¿se dice?

E: Ah…

U: De los cuartos

E: Ah… eso te gusta

U: Eso me gusta. Me gusta porque cuando Rubén está muy dolorido lo… le ponen biombo, ¿viste? Para que…Entonces, no lo ven, ni él al del paciente de al lado, ni el paciente a donde él…. Entonces eso es lo que me gusta.

A.II.2.b

E: ¿Y… y por qué motivos usted elige el hospital para atenderse?

U: Y porque no tengo obra social. Cuando, desde el momento que yo me interné no tenía obra social así que … qué alternativas me dejaba.

E: ¿Y si usted pudiese optar por cualquier sanatorio u otra institución, usted cambiaría?

U: No, en este momento ya no, porque ya estoy tan acostumbrado y ya veo las atenciones que tuve, que, que tuve siempre acá en el hospital ya no, ya no cambiaría. Pienso que si me tocaría, que si tuviera obra social, ahora que veo que las obras sociales atienden acá también, vengo directamente acá nomás. Como ya estoy con el medicamento. Ellos tienen la historia clínica. Desde el momento que me enfermé tienen historia clínica mía de acá. Así que ir a otro lado, ya es empezar de nuevo.

A.II.2.c.

E: ¿Y por qué motivos usted elige el hospital para atenderse?

U: ¿El Iturraspe?

E: Aja

U: Mi hermano me llevó ahí. ¿En vez de llevarme al Cullen vos decís?

E: O sí, o por qué digamos fue ahí …

U: [Interrumpe] Otro no tengo… gratis. Yo voy porque ahí no se paga. Por ejemplo, la última vez que fui… te piden una colaboración ¿verdad? La última vez, pobrecito, pobre hospital. La doctora me dio cinco radiografías de huesos, la doctora.

E: ¿La Reumatóloga?

U: La reumatóloga de acá, de acá, de acá [Nota del Entrevistador: el entrevistado señala las diferentes partes del cuerpo en donde le realizaron las radiografías] Y voy a radiografía y me dice: “bueno, pase por… por la cooperadora con, con este papel”. Yo voy con el papel, me da la radiografía, con unos sellos, qué sé yo. Me dice “¿va a colaborar con algo?”. “Sí”, le digo. Le digo “discúlpeme pero es lo único que tengo”. Cincuenta centavos. Dos monedas de veinticinco. Dice “no, no, guárdela por si le hace falta en algún otra cosa”. Era lo único que tenía, era lo único que tenía. Porque de ahí yo me fui a buscarlo, fui a verlo a mi hijo para que me diera unos pesos. ¿A qué iba todo eso?

E: No, estábamos hablando del tema de por qué motivos elige el hospital

U: Ah, porque es el único medio que tengo a quien recurrir.

E: ¿Y qué diferencia usted encuentra por ejemplo entre Puígari, la Fundación Favaloro y el hospital, en cuanto a la atención?

U: [Breve Silencio] En la atención, y es otra atención indudablemente porque va

menos gente. Si vos vas a un sanatorio, hay dos. Y allá son quinientos. Y voy a que, creo que te tienen más paciencia, qué es la única que le queda aparte. Una por la cantidad, no solamente por la cantidad de gente que se trata sino por la clase de gente que va. Desgraciadamente van los más humildes, ¿no es cierto?, que son los más marginados. Los que más necesita y gente que posiblemente no tenga tanta cultura, ¿qué sé yo? Yo voy a la cola y veo una viejita atrás mío y te lo juro que la hago pasar adelante mío. Por lo menos o le digo "Señora, siéntese en un banco que yo le cuido el lugar". Pero esta gente que no, ni se preocupa por eso.

[...] Yo entré acá descompuesto esa vez que me interné, que me internaron… eh… me preguntaron si tenía algún familiar disponible para que vaya. Sí, di el teléfono de mi hijo. "Sí, porque lo necesitamos para que esté al lado suyo y lo lleve, por ejemplo, en la silla de ruedas de un lado para otro". Entonces estuvo mi hijo ahí al lado mío. "Bueno tiene que ir a radio... a Rayos a hacerse unas radiografías. Tome el ascensor, baje el ascensor, vaya así y así y llega ahí". Entonces mi hijo me esperaba y después me llevaba de vuelta a la pieza. O sea, hacía de camillero. O sea, necesitaba un familiar para que esté al lado mío cuidándome. Yo cuando fui a Puígari, a Puígari a… Favaloro [Carraspea] llegué por ejemplo al otro día, fui a un horario establecido que tenía que estar a esa hora ahí. Estuve quince minutos antes estuve ahí, me presenté, vino una enfermera y me llevó por todos lados, a sacarme sangre, por poco de la mano me llevó, a Cardiología, Rayos. De la mano, me llevó ella. Después de sacarme sangre me dio una tarjeta ahí. Hasta que me dijo "bueno, está desocupado, vuelva mañana". Pero desde que yo entré hasta que me hicieron todo, la señora al lado mío. Acá eso no pasa, no pasa.

E: Y...

U: [Interrumpe] Acá tenés que ir vos de un lado para otro vos solo o alguien que teee... si no podés caminando, un familiar que te lleve, en mi caso por ejemplo. Ahora yo he visto enfermeros con pacientes…

E: Y cómo es ...

U: [Interrumpe] El único inconveniente que no me gustó del hospital es la directora de Farmacia… porque he tenido problemas con, con los remedios, para que me entregue remedios.

E: Como que se negó a entregarle o…

U: No, por ejemplo, me dan la boleta yo voy a Farmacia y… me dice..., me dan tres remedios, de los cuatro me daban tres. Me dice, "este no hay en existencia, pregunte en… a la jefa". Voy enfrente me dice, "no, no hay", dice. Entonces, voy a los

chicos de… tus amigos… creo que son amigos tuyos los muchachitos que me dijeron que te venga a ver…

E: ¡Ah! Del Servicio Social

U: Sí, del Servicio Social y me dicen “Bueno, mirá si no te lo da, el sanatorio, el hospital te lo damos nosotros. Pero para dártelo nosotros, tenés que traer algo firmado de Dirección que no, que no tienen”. Entonces voy al director y el director no me da nada firmado. El director me dice “no vaya a, a, a, a la directora de Farmacia que le ponga un sellito al lado de ese remedio con que no hay en existencia”. Y ella se negaba a dármelo, la doctora … [Breve Silencio] eh… no recuerdo quién es la directora de Farmacia…

E: No hay problema

U: Bueno. Y no me lo quería sellar. Y entonces voy de vuelta a la Dirección y le digo “Doctor, mire, no me lo quiere sellar”. Y entonces me dijo “espere un momentito afuera”. Yo escuchaba todo. Porque discutió, qué sé yo, el director con… y… “póngale el sello que no está en existencia porque yo no puedo comprar si no tengo ese sello”. Bueno, al final, selló. Me dice “vaya que ahora lo va a sellar”. Y entonces me lo selló. Volví a Dirección y me dice “Bueno, -me dice- venga mañana como a las nueve de la mañana que va a tener el remedio este”. Claro era un remedio que parece valía como cuarenta y cinco pesos, viste. Una chacota. Y bueno y estuve de las nueve de la mañana hasta las once de la mañana, ahí, en la puerta del director. Hasta que me lo entregaron. Fueron, compraron y me lo entregaron. Y después, me ocurrió otra vez con otro remedio. Entonces salió ella y me dice: “dígale al doctor Arias que de ese remedio no hay, pero hay otro que puede ser similar, el… el Diterot”. Entonces volví al doctor Arias y me dice “me dijeron en farmacia -le digo- que no hay ese remedio en stock pero hay Diterot”. “¡Ah! mejor si hay Diterot; mejor”, dice. Y de sesenta pastillas me dieron cuarenta. Era lo único que había en stock. Después todo maravilloso.

E: Y usted me dijo recién que cuando tuvo ese inconveniente con la entrega de remedios, hace un ratito bah, fue a hablar con el director del hospital para ver cómo solucionaba el problema, ¿cómo se le ocurrió, digamos, o por qué fue?

U: [Interrumpe] Me insinuaron los chicos de, de Bienestar Social. Me dice “Rodríguez si …” Porque yo no tengo medios para comprar los remedios, ¿verdad? Me dice “si el hospital a usted no se lo da, venga con orden de la Dirección, que no se la van a dar -me decía- que nosotros te vamos a conseguir”. Por eso fui a Dirección. Pero cuánta gente no va a Dirección por ignorancia o lo que sea. O porque puede comprar los remedios. [Breve Silencio] O van y te hacen esperar, por ejemplo como yo

que estuve... yo esperé cuatro horas fácil para que me entregaran los remedios en Dirección. Por ahí salía la secretaria, se iba hasta al fondo, volvía. “No, espere un minutito porque no llegó”.

A.II.2.d.

E: ¿Y vos por qué motivos elegiste el hospital Iturraspe?

U: Y porque me queda cerca de mi casa, estoy a cuatro cuadras yo. Y… por eso… si porque en el Cullen también pienso que es lo mismo. Otro no hay. Además no tengo recurso como para ir a un sanatorio y pagar. Que va a hacer…

A.II.2.e.

E: ¿Y por qué motivos elegiste el hospital Iturraspe?

U: Y no sé, me gusta más, me gusta más la gente no sé… No sé si te va a servir esto pero una vez fui al hospital Cullen y fui muy mal atendida y era más chica, un par de cosas que no sabía, estaba embarazada, no me hice control y me trataron mal. Entonces de esa vez nunca más fui. Vine acá y ya, a parte que mi dotora es más mi amiga que mi doctora… ¿Me entendés? Entonces, qué sé yo por eso, igual que la doctora Molinas. La doctora Molinas también nos ayuda muchísimo.

E: ¿Y me podés contar como fue la experiencia vivida en el Cullen?

U: La del Cullen fue… eh… yo había tenido… hacía poquito que había venido de Rosario y quedé embarazada. Estaba de ocho meses, mi marido no tenía trabajo. Yo no tenía noción ni de a dónde quedaba un hospital, imaginate recién venía de Rosario.

Bueno, me llevaron al hospital Cullen, porque yo andaba con muchos dolores y… bueno, me atendieron medio mal, me mandaron a mi casa y después cuando iba a tener otra vez fui al hospital Cullen porque no conocía este hospital. Cuando voy otra vez me dijeron bueno, no me dijeron linda porque no sé y… y la nena un poco más se cae porque viste que te ponen la camilla que es la mitad nomás, o sea, te queda la cola colgando para que nazca el bebé y un poco más no se cae porque nadie me llevaba el apunte viste porque yo le decía que iba a nacer, que ya iba a nacer y había una doctora ahí escribiendo y no me llevaba el apunte. Hasta que parece que se dio cuenta, viste, empezó a salir la nena y … se preocupó, si no no. [Breve Silencio] Y de esa vez no fui nunca más, nunca más.

E: [Breve Silencio] Y este… eh… en… y si vos pudieras optar cualquier otro sanatorio o cualquier otra institución sanitaria, ¿vos seguirías eligiendo acá al hospital?

U: Sí, si

E: Y… ¿por qué?

U: Yo más que nada por… ya te digo por los doctores porque me gusta mucho como atienden, como atienden a mi hijo. Yo puedo venir a la hora que quiera que yo sé que ellos me van a atender. Ellos nunca ha tenido problemas conmigo, nunca. Y por la gente que hay acá, hay mucha gente que nos conoce, que nos quiere y quiere a mis hijos y para mí es muy importante, que mis hijos se sientan queridos. Por eso… no, elegiría otra cosa. [...] Y ahora tengo… un problema con el segundo piso donde tengo a mi hijo internado porque me… estaba yo en una pieza con otra señora porque a él lo conocen… lo ponen en sector aislado pero no para que no contagie a otros chicos sino porque él tiene las defensas muy bajas y se puede contagiar de los otros chicos, o sea, la enfermedad. Entonces, para evitar todo ese contagio la doctora siempre me lo pone aislado, nunca estuvo con otro chico. Excepto esta vez que estuvo con otro chico que tenía leucemia… un nenito… estaba mal el nenito. Y bueno… los padres me atacaron a, a mí diciéndome "de que ellos sabían lo que yo… mi hijo tenía". ¿Entendés? Y no querían compartir baño y no querían compartir nada por si al nene le pasaba algo. Y yo me sentí muy mal. Hice una nota y todo y se la mandé al director y todavía no tengo contestación. No me dijo cómo, ni cuándo, como puede ser que ellos sepan. Yo les pregunté a ellos cómo se enteraron y ellos …otra mamá ya le había comentado a ellos que yo tenía eso. Y le llevé una carta al director pidiéndole explicación… Ya es la segunda vez que me pasa ésto… que … que otras personas se enteran. La otra vez sí supe que fue una enfermera…

E: [Interrumpe] ¿Y cómo fue la otra vez?

U: La otra vez, era… el nene era recién nacido estábamos en hematología. Tenía cuatro días él y lo internaron porque estaba mal del pechito con oxígeno y una de las enfermeras leyó la… la carpeta, leyó la carpeta, viste, se armó un lío… que esa enfermera es conocida mía de allá en el barrio. Así que imaginate se enteró todo el pueblo de lo que yo tenía. Así que tenía que dar mil explicaciones a todo el mundo porque iba a mi casa y… "¡Ah! Sabés que me enteré que vos tenés…". Y no porque a mí me moleste que se entere la gente, a mí no me molesta. Pero sabés lo que pasa que la gente es muy ignorante, no tiene noción de que eso se contagia por sangre o por… o por sexo. La gente ya se cree que porque va a tomar mate con vos o porque habla con vos o porque vos lo toqués… es muy ignorante la gente. Yo siempre digo, la gente qué ignorante que es. Me ha pasado muchas cosas de esas que he tenido y hasta ha dejado de ir gente a mi casa, viste, por lo… por lo que ha pasado [Breve

Silencio] Y ya otra vez me volvió a pasar lo mismo, pero esta vez no sé como fue que las madres estas se enteraron que nosotros teníamos eso. No lo sé. Ahora voy a ir a hablar con el director para ver que me dice.

E: ¿Y cómo se te ocurrió a vos esta idea… esta cuestión de ir y de hacerle una carta digamos, al director?

U: Porque vine y hablé con Niki. Niki me apoyó y me dijo: "mirá vamos a mandar…" porque acá hay un Sub – Comité que cualquier cosa que te fal… que te discrimine alguien, que te trate mal alguien enseguida venís acá y ellos hacen una carta, se habla con el director y… y ellos toman medidas, como tomaron medidas con la enfermera. No sé que habrán hecho pero yo sé que tomaron medidas con la enfermera esa, que fue e hizo todo ese lío en el pueblo. ¿Entendés?

E: ¿Cómo fue esa cuestión de preparar la carta?, ¿la hiciste vos?

U: No, Niki, Niki la hizo en la computadora, me la leyó y me pareció que estaba bien. La firmé y se la mandé. Hice dos. Una para él y otra para mí. Una la tengo guardada yo.

B. Modalidad de Atención en el Servicio de C. E. C.

B. I.1.a

E: ¿Y… cuándo y cómo comenzó a trabajar acá en el hospital Iturraspe?

M: Yo empecé acá en el año setenta y uno como médico eh, concurrente al Servicio de Cirugía y después de que llamaron a concurso, me presenté a concurso y, y hoy estoy ocupando el cargo de Jefe de Guardia del Hospital. [...] Y Consultorios Externos, las dos cosas.

E: ¿Y cómo es el trabajo o sea, cómo es su trabajo acá siendo jefe del Servicio de Consultorios Externos Centralizados?

M: Yo trabajo, o sea la partee de … la, la función del jefe es organizar nada más, ¿no es cierto? O sea en la Guardia, existen un médico y … dos médicos diarios, que trabajan las veinticuatro horas, se turnan doce y doce. Se atienden alrededor de doscientos pacientes diarios. Eso es la Guardia Central que es la que cubre digamos, la emergencia.

Y en la parte de Consultorios Externos donde se atienden todas las especialidades, se atiende alrededor de seiscientas, setecientos pacientes diarios. Entonces, el tema es organizar eh… el sistema de consultorios para que en general la

demanda sea satisfecha ¿no?, que cubra las necesidades.

E: ¿Y cómo hace usted para organizar tanta demanda, digamos... ?

M: Bueno, yo tengo eh, un, una enfermera caba que, en la parte consultorio y un cabo enfermero en la Guardia que a su vez tienen un grupo de enfermeros que también responden a directivas ¿no cierto?, y en donde eh, en general es gente elegida, o sea que no hay mucho drama, ya, ya una vez que se implementó el trabajo, se acostumbran a trabajar se puede manejar bastante bien, ¿no cierto?. Con la falta de recursos y todo lo que hay hoy en día, que necesitaríamos mucha más gente. Que un médico por ejemplo, en doce horas atienda a cien pacientes es una barbaridad, pero es lo que tenemos.

E: ¿Y cómo es un día de su trabajo acá en el Servicio de Consultorios Externos Centralizados?

M: Y en, yo entro al hospital a las siete, siete y cuarto de la mañana … veo los enfermos que se han operado y que hay en la Sala. Me voy a la Guardia a ver si hay algún problema o hay que responder alguna nota. Ahí hay muchos pedidos de la Justicia sobre todo la gente que ha estado con heridas, que hay que contestarla y después vengo, yo tengo, yo hago consultorio de cirugía acá, tres veces por semana. Y evaluás todo el tema este, y después Ateneos con los residentes, es la parte de docencia. Tres días a la semana hay Cirugía, te lleva toda la mañana.

E: ¿Y cuál situación o que circunstancia dentro de su actividad laboral le provoca mayor frus… frustración?

M: [Tose] Yo creo que la pobreza es lo más triste de todo. Pobreza en la gente, pobreza en los recursos. Pobreza en el hospital. Pobreza en todos lados.

Donde hoy por hoy hay personas que para determinadas tratamientos hace falta equis dinero, por ejemplo, acá hay chiquitos que tienen leucemia. En este momento hay treinta chicos con tratamiento de leucemia, cada tratamiento de leucemia son diez, doce mil dólares. Si no están los diez o doce mil dólares no hay tratamiento, si no hay tratamiento se mueren. Y de esos chicos un ochenta por ciento se salvan. [Breve Silencio] Y eso hoy, cada día se ve más y es triste.

[...] Evidentemente, yo creo que nosotros, el caos en que vivimos todos, todos lados es producto de desaciertos, de qué sé yo, creo que hay mil factores pobreza, la educación, cada uno pondrá el suyo. Pero la realidad este, es así. Es triste, pega, muchas veces se consiguen cosas a pulmón, consiguiendo, buscando, pidiendo. Nosotros tenemos muchos aportes a veces de los laboratorios con antibióticos.

Antibióticos carísimos que no, el hospital no, no lo puede comprar… el incremento de la gente que viene al hospital es cada día más y, y, y los aportes que el Estado hace, son siempre los mismos entonces, eso produce un límite ¿no? En el trabajo.

E: Y ¿cuál es la situación o que circunstancia dentro de su actividad laboral le produce mayor orgullo o mayor satisfacción?

M: Cuando podes salvar casos desesperados. Cuando te das cuenta que fuiste útil, que gracias a lo que hiciste una persona que estaba perdida estee puede recuperar su salud. Yo creo que eso, no hay nadie que te lo puedaaa, es el fin de la profesión nuestra, ¿no? El que nació para ser médico, el que le gusta yo creo que es fundamental. Eso vale más que todo lo demás. A veces lo lográs y a veces no, esa es la desgracia.

E: ¿Y que, que le parece que se tendría que modificar digamos, que cuestiones se tendrían que modificar dentro del Servicio de Consultorios Externos Centralizados?

M: No yo creo que lo que hay que modificar no es el consultorio, acá lo que hay que modificar es la cultura y la educación. Fundamentalmente hay que, hay que mejorar la educación en la Argentina, en todo sentido. Yo creo que la educación básica en el país ha venido perdiendo desde la calidad hasta la cantidad todo, todo. Mi primario comparado a lo que veo, a lo que son, yo tengo unos sobrinos que van eh, es, es muy, muy venida abajo tanto en la calidad de los items como en la calidad de la misma educación, la misma gente que está delante de la educación estee, yo creo que de ahí puede empezar a cambiar un montón de cosas. Ayer leía un, que la gente que no lee, por ahí no lee porque no le interesa nada, o sea estan… Yo creo que por ahí… Acá lo que hay que cambiar, es cambiar económicamente poner, necesitamos más plata para mejorar la, la atención, nada más. Yo creo que la gente está preparada para, para trabajar pero con eso sólo no vamos a solucionar el problema. Yo creo que en general el país lo que necesita es mayor cultura, mientras más cultos seamos, mientras más nivel de, de educación tengamos yo te diría que vamos a exigir y vamos a valorar lo que hay que valorar, ¿no?

Hay gente, ayer me contaba una maestra que da en una escuela que trabaja en un barrio humilde acá, que le hizo hacer tipo una composición a los chicos de siete, ocho años que dijeran qué querían ser cuando fueran grandes y tres pusieron que querían ser fiolos. Entonces, cuando le preguntan ¿por qué? Porque tienen plata, porque tienen auto, porque esto…. Entonces, ¿cuáles son los valores humanos que tienen estos chicos? La plata. La moral, todo ese tipo de cosas no existe no, no … Hemos tergiversado las cosas, hemos cambiado las cosas. Yo creo que necesitamos

poner las cosas en su lugar. Evidentemente, eso creará mejor justicia, creará mejor estee equidad social, en fin mejorará un montón de cosas. Pero yo creo que los países que han tenido la desgracia de sucumbir en guerras grandes como Japón, Alemania, ¿cómo levantaron el país? Poniendo en la educación los dos o tres pesos que le quedaban, porque de ahí salió todo. Hoy todo a título muy personal, lo que vos estás haciendo es a título muy personal no creo que eh… lo hacés porque te interesa porque te preocupás.

B. I.1.b.

E: ¿Cómo es un día de trabajo en el Servicio de Consultorios Externos Centralizados?

M: El consultorio externo tiene sus horarios, sus horarios de, de, de, atención. Generalmente los horarios no son rígidos, para los que hacen cirugía, no son rígidos los horarios porque siempre hay cirugías, y están las reuniones de ateneo, estee eh que interfieren en el horario. Muchas veces los pacientes dicen, "Y sí estuve esperando tres horas", porque a lo mejor en el horario que tenía que comenzar el médico a atender se le surgió una, una urgencia en el hospital y tuvo que hacer esa operación y esa operación le llevó tres horas entonces el paciente tuvo que esperar tres horas más. Bueno es así. Pero eso pasa en cualquier actividad, en las privada también, cuando el médico es cirujano.

Distinto pasa con los clínicos. Los clínicos no, porque ellos no tienen urgencia en general. La urgencia es cortita, diez, quince minutos de atraso, pero no horas como en la cirugía. Entonces el paciente está esperando a veces, dos o tres horas y se pone mal, se pone nervioso.

E: ¿Y cuál es, cuál es el principal problema, a su entender digamos, que usted es una persona que hace tanto tiempo que está trabajando en el hospital, que el, que el Consejo de Administración o la Dirección Médica tienen que solucionar en el consultorio externo?

M: ¿Qué pueda, que tenga que resolver la Dirección del Hospital?

E: Aja

M: No, no se me ocurre nada. No. Para nosotros, los médicos se adaptan al consultorio... Como nosotros, no... Yo creo que una de las cosas que faltan son a veces medicamentos pero eso lo ven los clínicos que se manejan con remedios. Nuestro tratam.... El, los cirujanos en cirugía plástica el remedio es quirurgico, es cirugía. No hay palabras, ni remedios, ni pastillas. O sea, o se opera o no se opera,

nada más. Y ese remedio está disponible, donde se ve, el problema empieza, eh no, es cuando está internado. El deficit nuestro es el quirófano. En la sala de operaciones que se llama quirófano, ahí empieza el problema, que falta los materiales, se desgastan, se deterioran, no anda tal aparato porque se rompió...Y haría falta un equipamiento poderoso, de muchos millones de pesos. Mucha plata hace falta. La tecnología avanza enormemente, los médicos avanzan con la tecnología... Los médicos son sumamente capacitados lo que pasa es que el hospital no tiene con qué soportar eso. No puede proveerle. Los médicos leen acá, son lectores, son estudiosos. Acá hay que leer idiomas, hay que estar actualizados. Los médicos están todos actualizados, leen mucho. Y si no en seguida se nota, quedás rezagado. O sea que los ateneo que hay... Se hacen ateneo una o dos veces por semana, donde se exponen los temas y todo y... y nadie quiere quedarse atrás, entonces todos tienen que estudiar, tienen que leer.

El hospital es el mejor lugar para atender los pacientes, tiene una garantía una seguridad total los paciente... schit[85] El problema es que no..., las habitaciones no son privadas, que... no hay lujo, pero técnica, técnica le dan todo, al más alto nivel. Es una garantía. Antes se decía, al hospital iba a morir al hospital como si fuera ir a morir a una..., en una cueva, !no!. El hospital es lo mejor del conocimiento, de la ciencia, es estee...

E: ¿Cuál es la circunstancia dentro de su actividad laboral, acá en el hospital, ¿sí?, que le da o le provoca a usted mayor orgullo o mayor satisfacción?

[Interrupción de la entrevista]

Nota del Entrevistador: Una persona (residente) ingresa y comienza a hablar por teléfono, muy próximo a nosotros. El médico entrevistado me señala parar la grabación y no emite sonido, por ende escuchamos la conversación de la persona que rápidamente interrumpe el diálogo telefónico. Y se retira.

E: No, yo lo que le preguntaba es que... ¿cuál situación o qué circunstancia dentro de la actividad laboral le produce mayor satisfacción?

M: Y... la mayor satisfacción es cuando uno resuelve un problema dificil, resuelve favorablemente un problema difícil.

E: ¿Y aquella que le produzca mayor eh, frus…frustación?

M: Frustración. Fracasar en la intervención. Cuando usted hace todo lo posible y el resultado no anda bien o el enfermo se le muere. Entonces es terrible. El médico

se siente tan mal o peor, a veces, que los familiares. Los familiares no captan, creen que al médico no le importa, el médico sufre más que ellos; nada más que no llora con ellos. Pero sufre mucho más cuando las cosas le van mal. Porque se siente él que ha fracasado, aunque la culpa no sea de él, pero siente el médico que una parte del fracaso tiene en el caso que le fue mal, o sea, no le gusta fr..., que su tratamiento haya sido, estee, un fracaso.

Le gusta que su tratamiento quirúrgico, sobre todo el que hacemos nosotros en una operación, que tenga un éxito pleno, hasta que si se le infecta un poco, que es un pequeño fracaso, también le molesta, enormemente. Un poco porque lastima su orgullo pero un poco porque no quiere, no quiere que nada le salga mal todo quiere hacerlo...Por eso ya hace, siempre cuando el médico actua, cuando dice: "si le paga, no le paga", como dice la gente, son todas mentiras. El médico se emplea al máximo siempre porque va su orgullo de por medio. Se juega en cada... en cada....

No es como el futb.... el deportista, el jugador de fútbol que a veces juega a desgano, no, no acá nunca. Por eso el médico nunca entiende, yo no entiendo que dice una desatención en un deportista y el equipo perdió. Acá no hay desatenciones, nunca podés estar desatendido, el médico siempre está concentrado al máximo

B. I.1.c.

E: ¿Cómo es un día de trabajo, un día de su trabajo en el Servicio de Consultorios Externos Centralizados?

M: ¿Acá?

E: Aja…

M: Y bueno, es un día donde eh… un día distinto a, a, a al día que se dedica ver internados o al de Cirugía, ¿me entendés? Por ejemplo, eso también tiene, tiene que ver mucho porque vos vas a escuchar dentro del ambiente médico que hay médicos que le gustan estar más en el quirófano que haciendo consultorio, ¿te das cuenta? Porque a lo mejor le gusta más operar. ¿Eh? Hay enfermos que, hay médicos que a lo mejor le gusta más estar en el consultorio, haciendo consultorio, que atendiendo pacientes, a otros le gusta más estar haciendo estudios, ¿te das cuenta? ¿No sé si me entendés…?

Dentro de la medicina hay gustos también [Risas] ¿eh? Claro hay especialidades que no, no son quirúrgicas, ¿no es cierto? Por ejemplo los clínicos no,

---

[85] chista.

no y otras especialidades no, no hacen cirugía pero nosotros, la especialidad nuestra urología sí, tenemos que hacer consultorio, tenemos que hacer cirugía ¿eh? Porque es una especialidad quirúrgica.

E: ¿Y usted qué prefiere?

M: ¿Cómo que prefiero?

E: Hacer consultorio, eh… hacer…

M: [Interrumpe] No, yo me siento cómodo en…tanto en el quirófano como en el consultorio, incluso alternar un poco hace bien, ¿eh?

E: ¿Y qué diferencias ve, usted, entre hacer quirófano y estar en el consultorio?

M: Y en el quirófano uno está más, estee, bueno… está un poco viste… diría más tensionado si las cirugías son… porque hay cirugías más importantes que otras, ¿no cierto?, todas son cirugías, ¿no cierto? Pero hay alguna cirugía que son más importantes que otras, pero todas al ser cirugías eh, uno a lo mejor está un poco más, estee sin darse cuenta porque con los años se acostumbra, está un poco más tenso, ¿no cierto? Más estee más estee preocupado porque estee va a operar a un, a un paciente, es decir, … a un…otro ser humano, ¿eh? y … lo importante es que, es cuando uno termina de operarlo y ve que ha hecho bien las cosas, uno se siente como sat… contento, satisfecho porque hacer una obra de bien así, es una cosa grande. ¿Entendés querida?, ¿eh?

E: Aja. Y…

M: [Interrumpe] En cambio en el consultorio uno viene estee, es como yo te dije el paciente viene al consultorio, viene, viene este generalmente caminando salvo, hoy, que me han traído dos o tres que, que estaban más o menos estee, estee … descompuestos, ¿no cierto?…¿eh? Pero… descompuestos, es decir, que no podían estar parado, ahí ¿eh? entonces uno por eso a veces los hace pasar, aunque tiene la lista de quienes está primero, ¿no cierto? estee, uno a veces los hace pasar aunque la gente a veces rezonga [Risas] lo hacés pasar porque pobres si están ahí que no, ¿eh? Dolidos y eso. Bueno eso yo creo que no está mal que está muy bien que a esa gente uno la atienda antes, ¿no cierto? Lo que está mal son los otros que, que no están doli… tan enfermos y no comprenden éstas cosas, ¿no cierto? Hmn. Recién por ejemplo hice pasar dos viejitos ¿eh? antes que a los otros pero no porque tenga predilección sino por, por respeto ¿eh? porque estaban dolidos, ¿eh?

E: Si usted pudiera modificar algo aquí en el Servicio de Consultorios Externos Centralizados, ¿qué cuestiones modificaría?

M: ¿De acá del consultorio?

E: Aja…

M: Y… se podría modificar, qué sé yo [risas] Eh… muchas cosas pero lo que pasa es que vos ves que el, el, el … problema de la, de la pobreza digamos que hay, ¿eh? hace que la gente venga toda al hospital. ¿Te das cuenta? ¿Eh? Muchos, lo, lo… la gen…es impresionante la cantidad de gente, si vos venías diez años atrás la gente, viene gente con obra social ahora. Antes la gente con obra social iba a las clínicas y eso, ¿te das cuenta? Pero hoy la gente qué sé yo, tiene miedo de ir a una clínica o a un sanatorio o algún lado, porque a pesar de tener una obra social piensa que algo le van a cobrar y acá se sabe seguro que no le van a cobrar nada, ¿te das cuenta? Acá, además el lugar donde estee… y rezongarán a lo mejor porque tiene que venir temprano y a lo mejor se van tarde pero de acá nunca se van a ir sin atención médica. Se van sin atención médica aquellos que a lo mejor no quieren esperar, ¿te das cuenta? Y por eso ante este aglomeramiento de gente que hay, que antes no lo había ¿eh?… Y bueno, tanto esp… qué sé yo, desde el director del hospital hasta, hasta el… pasando por los profesionales, las empleadas, las enfermeras hasta el último empleado del hospital que hacen todo lo posible para que atender lo mejor posible a la gente que viene, ¿te das cuenta? Ha cambiado la situación, ¿eh?, y vos ves que incluso la infraestructura del hospital este… no, no, no da para tanta cantidad de gente, ¿eh?

B. I.1.d.

E: ¿Cómo es una mañana en el Servicio de Consultorios Externos Centralizados?, ¿Cómo es digamos… el paciente pide un turno primero, después pasa para acá…?

M: Estee… bueno, eso difiere de cada especialidad, ¿no es cierto?. Pero, pero nosotros actualmente nos estamos manejando por eh, turnos que se dan en el hall central del hospital, en las ventanillas comunes estee, sacan turno el día directamente que vienen. De cualquier manera estábamos tratando de cambiar el sistema para que el paciente venga a sacar turnos con anticipación. El problema que se da en esos casos es que se da una alta tasa de, de, faltas de pacientes. Es decir, sacan el turno a lo mejor un mes antes, porque si sacaran el turno con anticipación esa sería más o menos yo estimo en el plazo de espera y el día del turno el paciente o no consulta o ese día no fue, o ese día me da la impresión de que faltaría, faltarían mucho y sería administrativamente muy difícil de manejar. Hoy día lo que hace el paciente es, saca el turno el día que viene, viene temprano por orden de llegada, se anotan una

determinada cantidad de pacientes y eh, tenemos un cupo, ¿no cierto? Para cada día. Eh, mientras eh, generalmente ese cupo es, es más o menos la demanda de, de pacientes que piden, y que piden turno, ¿no cierto? No es que queda una demanda in, insatisfecha, más o menos se trata de cubrir todos los casos.

E: ¿Y cuáles te parecen que son las, los aspectos que se tendrían que solucionar dentro del Consultorio Externo?

M: En el Consultorio Externo básicamente no tenemos, no tenemos mayores problemas. Salvo estudios de alta complejidad que tampoco sé si tendría, por, tendría sentido que el hospital tenga esos, esos aparatos de muy alta complejidad, que no los tiene otros hospitales, salvo en Buenos Aires algunos hospitales de alta complejidad y de autogestión y que terminan cobrándole al paciente, eh, cobrándole al paciente un determinado arancel por realizar esos estudios, eh, son, son aparatos que no los tienen los hospitales y que bueno, hay que dar dentro de la política del Estado si eh, el, el Estado está decidido a afrontar una, eh, una digamos salud de alta complejidad. Es decir, yo creo que el Estado tiene que eh, garantizar la atención primaria de la salud, llamémosle secundaria de la salud eh… pero hay un, un nivel de atención de digamos, de alta complejidad que no sé si el Estado tiene posibilidades de afrontarla. O sea, uno tiene saber que puede haber limitaciones para la compra de alguna aparatología que no, no creo que el hospital la vaya a poder comprar y bueno, esos son los casos que deriva, se derivan al sector privado y que a veces el hospital afronta los gastos específicamente para, para ese caso en particular. Pero no sé si es posible que el hospital pueda comprar aparatos de muy alta complejidad, por lo menos en lo que sea ahora o en el futuro a lo mejor es posible. No creo que ahora sea posible exigirle al Estado, que, que incorpore muy alta complejidad, y que pueda dar a la población atención de muy alta complejidad. Estee, ¿la pregunta original cuál fue?

E: Eh… cuáles son, eh… eran las cuestiones dentro del…

M: ¡Ah!… en el consultorio externo, claro.

E: Aja…

M: Pero más problemas tenía, tenemos actualmente en la parte quirúrgica. Es decir, en la parte de consultorio externo podemos evacuar la mayor parte de las consultas, eh, más del noventa por ciento de las consultas sin necesidad de eh, requerir mayor aparatología y demás. Pero en la parte de cirugía, sí, tenemos más limitaciones en la parte quirúrgica, que los aparatos son un poco más costosos, son más complejos eh, y bueno ahí es donde eh, hay cirugías que directamente no podemos realizar porque no tenemos la aparatología adecuada.

E: Y vos hablabas antes de que no te parece posible que el Estado pueda comprar esa apa… aparatología. ¿te parece conveniente, es decir, te parece que debería comprarla o te parece que no?

M: Yo creo que el Estado debe garantizar, tiene obligación, obligación nunc… no puede dejar de faltar, de, de haber deficiencias en la atención primaria de la salud. Si el Estado no tiene ninguna deficiencia en la atención primaria de la salud debería estee cumplir con una atención de más alta complejidad, de atención secundaria o de atención terciaria de salud, o sea nos referimos a la salud en los tres niveles, por lo menos cumplir, sin ninguna deficiencia con la atención primaria de la salud. Si la cumple perfectamente que pase a otro nivel, pero sino no entiendo algunas cosas y no, no las tolero. Es decir, de que por ejemplo el Estado en algunos casos en particular otorgue a unos pacientes una atención de muy alta complejidad como son los casos, los transplantes que exigen una, una demanda del Estado a veces de sesenta, setenta mil dólares cuando no cumple con la atención primaria. Yo creo que si el Estado ha cumplido y no tiene ninguna deficiencia en la atención primaria debería eh realizar, cumplir con algún, la atención secundaria y luego con la atención terciaria. Pero eh un, un transplante renal muy, pero muy pocos Estados del mundo lo pueden, un transplante de cualquier tipo lo afrontan, estee lo afrontan y sin embargo acá eh, el Estado la mayoría de los trasplantes los afronta o terapias de muy alta complejidad que aisladamente si el paciente eh, lo, lo exige en la mayoría de los casos el Estado lo paga, pero no puede faltar para eso, la atención primaria. Es decir, yo no entiendo que se pueda cumplir con un, una demanda de un caso en particular de sesenta, setenta mil dólares cuando en otros lugares no tenemos para la atención primaria. Es decir, si, si el Estado eh, paga una atención de esa cant… magnitud a mí no me puede faltar lentes intraoculares o, o poder solucionar estee… actualmente por ejemplo en este Servicio no tenemos lentes intraoculares descartables para hacer una cirugía de catarata. Cantidad de pacientes ciegos, cantidades de pacientes ciegos hoy no, no se pueden operar porque no tienen lentes intraoculares. Entonces, que el Estado realice un transplante hepático si, si ha cumplido con todos esos pacientes que, que necesitan lentes intraoculares, es decir, tiene que ir por etapas pero no, no se puede saltear etapas, es decir, acá, esa es la, lo que me da la impresión que debería ser así.

E: ¿Ustedes están organizados como un servicio o como una sección dentro del Con…?

M: [Interrumpe] Como una sección dentro del Servicio de Cirugía General Mixta, que engloba muchas especialidades Otorrino, eh, y que prácticamente varias especialidades más.

E: ¿Ustedes aquí digamos estarían dependiendo en parte del Servicio de Consultorios Externos Centralizados y en parte, de Cirugía Mixta?

M: Exacto

E: ¿Y cuáles, qué situación o cuáles circunstancias dentro de, de la actividad laboral te produce eh, mayor orgullo o mayor satisfacción?

M: ¿Dentro de la actividad laboral, acá, específicamente en el hospital?

E: Sí

M: Eh, bueno, las cosas que estamos logrando por, porque actualmente el digamos, esta tramitado desde hace tiempo y lo estamos logrando a pulmón, digamos y por nuestra cuenta es decir, eh, estamos, eh, aumentando mucho la complejidad de cirugía y la complejidad de consultorio externo gracias a gestiones que realizamos directamente los médicos del, del hospital, sin demandar nada del Estado. Hemos conseguido actualmente un focus ultrasónico, un vitéctromo todo, prácticamente la mayoría de los aparatos que se dan acá los hemos conseguido todo por nuestra cuenta, sin demandar nada al Estado. Como a través de la colaboración de laboratorios de oftalmología de… La colaboración la hemos pedido directamente los médicos estee del hospital, eh, en base a que nosotros mismos hemos gestionado todo eso, y sin, sin demandar nada al hospital o al Estado. Es decir, estás, prácticamente todos los aparatos que se ven acá, los hemos gestionado nosotros y otra es ser prácticamente somos ocho médicos, ocho médicos y trabajan, trabajamos todos sin sueldo. Uno solo tiene sueldo, tiene un sueldo de quinientos pesos. Así que estamos trabajando ocho médicos sin sueldo. Eh, o sea que eso es un poco eh, el esfuerzo que uno hace para, por el hospital pero ya te digo no tiene rédito económico, pero por eso lo que no, no, no se puede entender que, que se hagan, que el Estado afronte, afronte este gasto de muy alta complejidad cuando, cuando los médicos trabajan, hacen la atención primaria sin goce de sueldo, cuando no hay los elementos básicos para cumplir con la atención primaria, es decir, hay que ir por etapas. No debería, no debería tener deficiencias el Estado en la atención primaria, pero yo no le exigiría al Estado eh, hoy día que cumpla con la, con la atención terciaria, es decir, le exigiría a lo mejor acciones a organismos no gubernamentales, estee como Cáritas, como muchos otros, o empresas que si, que, que colaboren con el transplante o con una atención de muy alta complejidad en pacientes carenciados pero no le exigiría al Estado. Al Estado le exigiría que cumpla con la atención primaria.

B. I.1.e.

E: Y… ¿cómo es tu trabajo, un día de tu trabajo aquí en el consultorio externo?

M: Bueno, un día de trabajo así, un día común habitual en el consultorio bueno, yo al llegar tengo una planilla donde…

Nota del Entrevistador: Suena el teléfono y el entrevistado atiende.

E: ¿Sigo? Justo, me estaba comentando de cómo es un día de su trabajo aquí en el Servicio de Consultorios Externos: ¿a qué hora viene al hospital?, ¿cuántas consultas atiende por día?, ¿cómo es el, el mecanismo de atención acá en los consultorios?

M: En el hospital más o menos a las siete y cuarenta y cinco, ocho es lo habitual. Se atiende unas quince consultas en o veinte, entre quince y veinte en los días de consultorio y … luego las actividades, el pase de sala y vemos los enfermos en la sala. Eso sería un día de consultorio. Después, tenemos los días de cirugía, ¿no?

E: Y los días de consultorio usted me estaba diciendo antes que le entregaban una planilla…

M: Ah… sí, sí, cuando vengo me entregan una planilla donde ya están los pacientes que ya se han anotado y donde me dan las fichas también de los pacientes donde yo tengo los antecedentes y bueno, y después empiezo a hacer atención.

E: ¿El Servicio de Consultorios Externos Centralizados cuenta con un conjunto específico de normas de funcionamiento?

M: Si hay normas generales de funcionamiento pero eso pregúntaselo a las chicas. Hay normas respecto de los horarios, en fin, de la organización y demás hmn… y también hay personal dedicado a eso.

E: ¿Y… eh… recordás algunas?

M: ¿Cómo norma específica?

E: Si como eh… modalidades de funcionamiento sería, digamos…

M: Mirá, hay una organización en cuanto a ubicar las especialidades en distintos, en determinados consultorios donde tienen sus cosas para trabajar sino tendrían que andar mudando cosas de lugar cada vez que viene una especialidad. Y hay también una organización de horarios eh… hay otras normas más, pero eso preguntale porque uno también trabajo por, por porque lo va haciendo así hace quince años, veinte años pero estee… hay otras normas más pero preguntalas, con respecto

a determinadas patologías, con respecto a determinadas enfermedades que hay que denunciar, que, que en fin… hay normas también con respecto para, para…solicitar exámenes complementarios y demás. Ahí te aconsejo una entrevista con la, la jefatura.

E: Sí, sí lo hice... con Nora sería…

M: Nora, sí.

E: Con la jefa de enfermeras

M: Sí, sí, sí.

E: Perfecto...

M: [Interrumpe] Con la jefa de Enfermeras o con el jefe de Consultorios Externos que es Nepote pero no sé si te va a dar mucha bolilla…

E: No, si lo entrevisté, la, la semana pasada y no tuvo, no tuvo mayores inconvenientes, digamos…

M: No tuvo problemas…

E: Y si vos [Tose] eh… ¿cuál pensás que es el principal problema que se tiene que solucionar acá en, los Consultorios Externos Centralizados?

M: [Tose] ¿Problemas a solucionar a aquí mismo?

E: Aja…

M: [Silencio] Bueno… [Breve Silencio] Es un poquito grande para dar respuesta… yo específicamente, yo creo que… yo creo que esa sería una pregunta más para, para hacerle al, al Jefe de Consultorios Externos que el maneja un poco todos los problemas que se van dando. Yo en general, en general dentro de lo que es nuestro medio tengo aceptablemente resueltas la mayoría de las cosas, o sea, tengo consultorio, consultorio organizado, tengo los mínimos elementos para … para atender a un paciente. Por allí, faltan elementos puntuales, faltantes que son transitorios, faltantes de medicamentos, en fin, a veces elementos para curación eh… por allí … en este consultorio por ejemplo, no, no tengo teléfono, intercomunicador, a veces fallan algunas otras cosas que se van solucionando. Pero para nuestro medio yo… está aceptablemente bien.

E: O sea, que no… si vos pudieras modificar algo en el consultorio ¿qué modificarías?

M: [Breve Silencio] Ya te digo… uno normalmente es decir de… debe tratar de

avanzar en cosas que necesita pero dentro de las realidades en que está manejando no podrías hacer muchas cosas, pero… te repito no, no yo, particularmente no tendría demasiado. Yo necesitaría cosas para la especialidad nuestra en sí, necesitaría algunas otras cosas … como ser elementos de la parte específica de traumatología, eh… una sala de yeso, es decir, necesitaría algunas otras cosas pero, pero no… está bien, no habría tanto para modificar dentro de lo que es nuestro medio. Eh… creo que eso habría que pensarlo más en, como una política en general, ¿no? Aplicada a consultorios externos te digo, nuestra especialidad te repito no es tanto consultorio externo. [...] Nosotros tenemos mucho porcentaje de cirugía, es la especialidad con mayor porcentaje quirúrgico.

B. I.2.a.

E: Y…¿cuál situación o qué circunstancia dentro de su actividad laboral le provoca mayor orgullo o mayor satisfacción?

M: Yo te he dicho, la actividad hospitalaria para nosotros eso, porque no nos sentimos con esas presiones y la exigencia de un paciente, de un paciente particular yyy, y… realmente el compañerismo muchas veces y la, y la, el estoicismo digamos, como se va uno ejerciendo, la, la a pesar de que parece una expresión como te digo muy, muy exagerada no es así viste uno se siente bien haciendo el bien. Viendo que hay problemas, dentro de lo que… hay que tener cuidado porque a veces hay cosas que no se pueden solucionar. Nosotros tenemos un cuerpo de asistentes sociales, pero eso a nosotros nos provoca la solución del problema del más humilde a nosotros nos deja muy bien, ¿no? hay, hay muchos éxitos en ese tipo de tareas o sea, que hay gente que viene con piojos y se va sin piojos, hay gente que viene con colitis por una parasitosis y se van sin parásitos compensados, hay gente que tiene gripe y hace su bronquitis y hace una neumonía y se van curadas, eso es lo habitual o sea, de mil casos uno se nos murió o sea…, por decir ¿no cierto? Hay una incidencia que se destaca por supuesto es lo que termina mal y los cientos por decir así, o decenas que andan … eso no lo comentás, eso es cumplimiento del deber, nada más decimos. Eso te hace sentir muy bien.

E: Y… ¿cuál situación o qué circunstancia dentro de su actividad laboral le produce mayor frustración?

M: No, en general cuando la gente no puede, no puede comprar su medicamen… no, no puede no comprar sino llegar a su medicamento [Tose] no puede llegar a su medicamento. Eso te frustra muchísimo. Y el concepto de la gente, viste los medios a veces, se hacen eco de ciertas cosas. Ahora se hablaba, de la derivación

para el cobro de las prácticas de alta complejidad, viste que nosotros, “yo te pido una tomografía a vos porque soy dueño del tomógrafo”. Pero la gente no sabe que eso es clavarse, la gente no sabe que eso es clavarse lisa y llanamente [Nota del Entrevistador: El entrevistado expresa la última frase levantando el tono de voz]

No se, no se paga nunca pero tampoco razona que si vos tienes un cuadro neurológico que requiere una práctica y si te llegas a morir, voy a tener la culpa nada más yo. Yo le digo siempre “te tenés que morir para que nos quedemos tranquilos”. O sea yo no pedí el estudio de alta complejidad y yo no lo resolví el caso… eh… eh… la gente no sé si me entendés la ligereza con que razonan las cosas.

Primero, pedir un estudio particular no te lo pagan, no sabe que no los pagan y tenés costos. Ese tipo de cos… por supuesto que hay, habrá algún crédito eh… que ah… vos suma, suma mucho pero para hacerse de esa plata es sumamente difícil, pero … pero ahora las cosas que vos, cuando que en otros países una tomografía se hace desde el punto de vista catastral, o sea, sin tener muchos síntomas ni nada todo el mundo te lo estudia, para evitar, para evitar enfermedades, para prevenir. Acá resulta que vos tenés un cuadro que vos, no podés resolverlo. Resulta. Volvemos otra vez a lo que yo te dije, quieren … es decir, que vos vayas a la guerra con una gomera cuando el otro tiene un fusil de rayos láser.

Entonces, cómo solucionás el problema, que la clínica, que esto, que el otro claro, pero yo lo pondrá a ellos en esa misma situación, que al mismo periodista que está comentando por la radio qué sé yo qué con un micrófono de madera, haber si puede trasmitir lo que está trasmitiendo. Entonces, es lo mismo, es la misma situa…, entonces no viven, no viven nunca que es lo que yo te decía con este político viste, cuando se van a poner al lado nuestro y nos van a seguir toda una mañana para ver qué es lo que hacemos y qué es lo que no hacemos. Casos puntuales, o sea casos puntuales que realmente son alevosos pero generalmente son acomodados políticos y eso se conoce, en el hospital se conoce todo. O sea, que es muy fácil ponerlo en caja a eso…

E: Y…

M: [Interrumpe] Pero no son, yo te diría que no, no reconozco yo, porque en algún momento dado, acá fijate vos hay un profesional de gran valía, que hace hemodinamia, no hago apellido pero ya te digo diciendo hemodinamia porque vino de Estados Unidos. Es uno de los introductores de la hemodinamia en la Argentina y sí, que, que, que pero resulta que el hombre hace estudios gratuitamente, muchas veces a la siesta o toda la tarde o sea, que excede el horario, y excede el valor económico de

lo que aporta, ha ido… También existe en medicina eso, que ha habido gente de consulta, gente referente que puede venir a omitir una opinión pero que soluciona un caso, pero es por su valor y eso ¿quién lo tiene en cuenta? ¿Y esta sociedad lo tiene en cuenta?… No. Nada más que ven que se, puso el saquito y se fue. Claro a lo mejor se puso el saquito y se fue y hizo algo que solucionó la vida de una persona. Eh… estamos hablando de las frustraciones, eso es el tema, cuando no se accede a los medios o el paciente no puede tener su debido tratamiento que eso se da muy frecuentemente acá… pero te empiezas a hacer ins… que es lo peor que te puede ocurrir que no te podés comprometer con la parte de sensibilidad, me entendés, de ellos, ¿cómo hacés? si, sii eh… si te llegás a frustrar mucho, terminás mal, estamos mal, en general acá estamos mal. Vos sabés que hay cosas que aceptamos que son, que son así y que no deben ser así. No tenemos vidrio, acá, o no tenemos, tenemos ésto [Nota del Entrevistador: El entrevistado señala el escritorio y el mobiliario] por el, porque han hecho un esfuerzo individual los médicos y las enfermeras. Por eso la queremos tanto a Norita, se trajo un veladorcito de moteles. ¡Qué sé yo de dónde! ¿Me entendés?. Los trae. Cada uno defiende sus cositas, nuestros guardapolvos yo las primeras veces que los traje, estos guardapolvos se … pueden tener veinte años, ¿eh? Y yo traía los primeros cuando empezamos a venir, cuando nuestro orgullo médico muy procedente como orgullo, bien entendido nos compramos los guardapolvos de acrocel y los perdían, te lo robaban.

Nota del Entrevistador: Interrupción en la conversación porque un médico abre la puerta.

E: ¿Y el servicio de acá, de con… de consultorios externos cuenta con un conjunto explícito de normas de funcionamiento, es decir, un conjunto de reglas que establecen la modalidad de funcionamiento, actividades, normas de trabajo?

M: Todas, todas. Y si no, no se podría atender dentro de a veces de nuestra demanda que a veces desborda, nosotros tenemos toda nuestra normativa si no no, no tenemos, no tenemos ningún tipo de protecciones, como te decía nosotros no tenemos seguro de mala praxis, para ejercer acá. Entonces, cualquier error de ese tipo al menos lo único que te puede salvar es el cumplimiento normativo. Si no estamos listos.

E: [Breve Silencio] ¿Y… ese cumplimiento normativo por qué eh… por qué reglas pasan, por qué protocolos pasan?

M: Son elaborados por todas las autoridades de salud, o sea, cómo sacar un turno, cómo derivar, cómo pedir otro turno para un médico determinado, las consultas.

Bueno, después no hablemos del trabajo específicamente médico, ¿no? Todo el tema del pedido de estudio, del pedido de análisis, del pedido de radiografías todo tiene su… está todo normado. Todo normado.

E: ¿Y si usted pudiera modificar algo acá en los consultorios externos qué cosas modificaría?

M: No, a mí lo único que siempre me ha preocupado no tener asiento para un paciente por ahí, empezando por ahí te tiro… fijate la sala de espera no tiene lugar a donde estar sentado…

B. I.2.b.

E: ¿Cardiología no tiene servicio o, o…?

M: No

E: ¿Depende de Clínica Médica?

M: Depende de Clínica Médica. Y cuando yo tengo que internar pacientes, los tengo que internar en, generalmente en Clínica Médica, eh es por eso que vos vas a ver que en Clínica Médica tiene muchos casos cardiológicos, inclusive los infartos que se..., que cursan en terapia intensiva cuando bajan, bajan a Clínica Médica. Y, estee, así que en general mi día es ver la gente de sala que meee, en general ellos me pi... ellos piden interconsulta, o me quieren consultar. Y después, este, todos los días hacemos consultorio de cardiología. Entonces, hay un día donde el consultorio lo hago con los que están internados, por ejemplo viste que hay varias salas, cirugía, maternidad y por ahí tiene, a lo mejor una embarazada que tiene un problema cardiológico. Entonces, ese día, eh, me toca, en el caso mío, los días lunes. Todos lo días hay un médico cardiológico que cubre las necesidades de internación, ¿no?, de... Y después las consultas, estee, en general los números que se dan a consultorio externo son diez y después, bueno, siempre está aquel que viene de urgencia, viste, que te lo mandan de la guardia, quee..

E: ¿Y más o menos, cuánto es el tiempo que estás dedicada a consultorio externo, todos los días?

M: Consultorio más o menos a mí me lleva, suponte entre diez y media a doce, más o menos, ese es mi horario de consultorio. En el día de hoy que vos me viste, yo no hacía consultorio sino que hoy hacía, ecocardiograma...

E: Ajá

M: ...Que es un estudioooo que se hace con un aparatito... ¿Conocés lo que es

el eco?

E: Eh, no.

M: ¿Viste a la embarazada cuando se le ve el bebé en la panza?

E: Aja

M:¿Eh? Eso se llama eco, ¿no?. Esteee, en el casooo nuestro, vemos el corazón…

E: ¡Ah!

M: Entonces ves así, se te..., la parte del televisor se te dibuja el corazón entonces vos ves, cómo está... la función cardiaca, si late bien, ¿viste? Hay un problema de válvula, sí... no…

E: Y para vos, ¿el Servicio de Consultorios Externos, eh…

M: [Interrumpe] Ajá

E: ¿cuenta con un conjunto de, de normas de funcionamientos, o sea de funcionamiento que, que digamos que sean, eh fijas, no sé si fijas es la palabra, pero que sean unánimes a todos los consultorios que trabajan ahí?

M: ¿De Cardiología decís vos?

E: No, no, no, de todos, digamos

M: En general lo que yo he visto, a través de los años, desde que, te digo, comencé en el hospital Cullen ahora, es que se respeta más. En un momento no se respetaba al Consultorio Externo. Ahora yo veo que los consultorios, este, que cuando uno no puede ir, manda, va un reemplazante. O sea, no, no quedan sin atención.

Este, en general hay horarios fijos. Este, la única cosa, que nunca la entendí es porque el paciente tiene que ir tan temprano a sacar un turno, cuando saben que yo atiendo diez y media, por ejemplo. Saben que yo atiendo diez y media. Por ahí hay paciente que yo conozco, le digo, “bueno, una vez que saca el turno váyase y vuelva a esa hora”, este, es como que esa costumbre nunca see, viste que te habrán contado los pacientes

E: ¿Y vos queé, qué aspectos negativos, te parecen que se deberían cambiar dentro del Servicio de Consultorios Externos Centralizados?

M: Sí. Lo primero que te decía es eso. A mí cuando hay pacientes que me dicen yo estoy desde..., ayer me pasó, me pasó con un viejito de ochenta años, que estaba muy bien. Y claro, no comía desde las cuatro de la mañana, se mareó,

entonces yo digo, es, este, viste, es vergonzoso, que alguien a esa edad tenga que estar desde esa hora. Eso me parece que debería cambiar, este, es una cuestión nada más..., fácilmente para cambiar, porque viste, este, ya te digo ahí, ya se sabe a que hora empiezan los consultorios. No es que yo digo a ver hoy quiero ir, hoy voy a ir a las siete, después voy a ir a las once. No, ya se sabe que yo tengo a las... Entonces yo por ahí cuando yo ya los conozco a los pacientes le digo. Pero, no sé por qué, este, si es una tradición del hospital esa que tengan que venir temprano. Y la gente que no viene temprano es justamente la gente que ya, ya te digo, que tiene a lo mejor, este, un amigo que lo va a anotar o … Eso tendría que cambiar sí o sí, porque es un sufrimiento... inútil, ¿no? Eso del hospital.

[Silencio] Y otra cosa, bueno un montón deberían cambiar pero, este, uno no, en el sentido de que para mejorar hay un montón de cosas, ¿no? Yo te digo lo que se podría mejorar con los recursos que uno tienen ahí, porque esto es nada más de modificar, este, cosas que están ahí.

[Breve Silencio] Lo demás, lo que yo veo, la atención al paciente, este, en general es buena, este, la relación ahí... ¿Vos viste la parte de... lo que es comida y todo eso? Es muy bueno lo que yo estaba viendo, estee, la parte de hotelería, digamos que brindan y... Y lo que no existe es porque ya te digo, es porque hay límites de, de recursos. Me parece que... o sea, yo lo único que le cambiaría es eso. No me gusta cuando el paciente está esperando al médico tantas horas, viste.

E: ¿Y qué situación o qué circunstancia dentro de tu actividad laboral en el consultorio externo, eh… te provoca mayor satisfacción o mayor orgullo?

M: [Silencio] Y, estee. En gene... ¿Lo que me provoca mayor orgullo? Es cuando por ahí veo un paciente que ha tenido, lo que llamamos una cardiopatía dilatada, y vos vos le indicas, generalmente un alcohólico que tiene muy buena respuesta si deja el, si deja de tomar. Entonces vos estás con un paciente severamente enfermo, y este, y el paciente te entiende y cambia sus hábitos de vida y vos lo ves, demorará un año o dos, pero lo decretás curado en un momento. Entonces eso, este, que vos le cambiaste la historia. Porque era un paciente que si seguía así, viste iba rápidamente a la muerte, ¿no? Este y después bueno, todos los pacientes... En realidad el médico, o por lo menos a mí me gusta mucho aliviar, ¿eh? El hecho de que el paciente se sienta aliviado a mí me causa mucha satisfacción, viste, estee fundamentalmente es eso, ¿no? O sea a parte de cambiar las historia, no sé si el paciente lo alcanzará a valorar uno sí sabe que si no el otro caminito lo llevaba... [Fin de la cinta magneto – fónica, casete]

Pero, viste, en medicina la curación, a lo mejor, es lo... es lo que menos ocurre. Generalmente el alivio es lo que más ocurre y eso es muy... este, importante. Para mí que un paciente se sienta... logre mejorarse algo, sentir su calidad de vida que cambió, que está... Ya está con eso…

E: ¿Y qué dentro del consultorio externo, lo que..., aquella situación o circunstancia que te produce mayor frustración?

M: Sí. [Silencio] Bueno, es lo que..., un poco lo que te decía. A veces cuando uno se encuentra con estas... patologías que para resolverlas necesitás... ya no tenés los recursos en el hospital, no los manejas vos. Esto ya meeeee... ¿Cuál es la pregunta? ¿Si me angustiaba mucho?

E: Sí.. ¿qué…

M: [Interrumpe] Primero porque mee, sí, me angustia mucho porque yo sé que eso es largo, es largo. Sé que hay pacientes que no lo van a lograr, esteee, y, y después un papelerío de ida y de vuelta, de cosas que yo por ahí no entiendo y estoy llenando ¿viste esas cosas formales, burocráticas que ya escapa....?, este, eso me angustia mucho. Sí.

B. I.2.c.

E: ¿Y … cómo es un día de tu trabajo en el Servicio de Consultorios Externos? Eh... a qué hora vas al hospital, cuántas consultas atendés por día...

M: Eh… voy a la mañana depende la hora. A las ocho, ocho menos cuarto, ocho y cinco, a que hora se despierte el gordo porque es de terror. Este... y depende los días martes y jueves vemos más pacientes. Eh... vemos diez de consulta, más los que vienen después creo que son quince y después damos turnos especiales a los pacientes que no pueden o que son del interior tienen que venir de viaje y para los otros días o que no pueden caminar o por una cosa o por la otra, tienen números especiales. Nunca tengo número fijo pero si suponte diez vemos seguro, mínimo.

E: Y vos hacés digamos solamente Consultorio Externo, o sea consulta ambulatoria o también trabajás en un servicio. ¿Ustedes dependen de Clínica Médica?

M: Dependemos de clínica médica.

E: Y… o sea y…

M: Interconsulta se hace. Antes sí, antes teníamos nuestra Sala. Lo que fue una reorganización del hospital nos quitaron la Sala y nos quedamos sin Sala y

comenzamos a depender de nuestro espacio. Pero ahora no, solamente interconsulta.

E: El miércoles cuando hablamos, eh... por ahí me dijiste como algo así como, no sé si son textuales palabras pero como que ésto [por el Servicio de Consultorios Externos Centralizados] era un manicomio... [Risas] digamos...

M: Por la gente que había; porque era un loquero para vos sentarte a charlar así... porque abren la puerta cada rato, abren, cierran... estee vienen a sacarte porque necesitan el consultorio, porque no hay espacio físico entonces eh... Entonces dije algo así o quise decir que, sí es un vértigo importante cuando podés sentarte a charlar un ratito...

E: Y ese vértigo digamos está dado por la fa... carencia de consultorios, eh...

M: Por todo. Vos te sentás y pasó un paciente que a lo mejor pasó, fue al hospital a retirar unos análisis o pasó a otra cosa y ve que el médico está y entonces toca la puerta.

Hay paciente que... que.... que van a cinco consultorios por mañana, total van y si quiere realmente no le sale nada, no le sale nada. Los remedios a veces se lo llevan entonces ya que están sacan turno para cinco.

Entonces, no... no... fuera de horario si te ven seguro que te van a tocar la puerta. Eso... más lo otro, que necesitan consultorio, más que ... y un montón de cosas... bueno, estee no hay espacio, no tenemos espacio donde sentarte a charlar ... por eso te dije tal vez eso.

E: Y que te parece, que cuestiones se tendrían que modificar dentro del Consultorio Externo, ¿qué aspectos se tendrían que modificar para vos?

M: Primero y principal cambiar esto de que la gente tenga que pasar la noche para obtener un turno. Que es increíble que pase todavía esto y es de toda la vida. Nosotros intentamos poner turnos en tres oportunidades, turnos con anticipación como si vos llamas a un consultorio privado y resulta que la gente no acudía cuando... o sea también está como esa irresponsabilidad “no, no voy total voy al otro día sé que lo mismo me van a dar remedios o me van a ver rápido aunque sea, pero algo se van a llevar”. Cruel pero es real.

Y entonces intentamos bueno, tres veces los turnos, independientemente nosotros no lo que es Estadística, allá Mesa de Entrada hospital no, nosotros. Y nos fallaron tres veces, la mitad de los pacientes no venían. Entonces, mientras tanto quedaba la lista ahí vacía o los lugares ocupados por la mañana y que se decía: “no, está toda la lista completa y no hay más lugar”. Estee... pero bueno y muchos te dicen

“no, no fui le fallé porque no tenía plata para el ómnibus”, o “me olvidé” o porque “me quedé dormida”. Eso para mi es lo peor. No sé cómo se puede arreglar.

E: Claro porque también sería como una responsabilidad también por parte del usuario digamos...

M: O sí... importantísimo. Cumplir con el turno. Yo si saco un turno a un médico o a lo que sea y no puedo ir llamo por teléfono y le aviso: “mire disponga de su horario estee... no puedo ir”.

E: Eh... A tu criterio digamos, qué situación o que circunstancia dentro de tu actividad laboral, ¿sí? Te provoca mayor orgullo o mayor satisfacción.

M: [Silencio] Eh... la satisfacción es poder convencer, en mi caso, de que son todas patologías crónicas, hacer entender al paciente lo que tiene, que él aprenda a convivir, que él aprenda y que comprenda que tiene que hacer tratamiento de por vida. Y tener una buena respuesta con el tratamiento, obvio, que no todos la entienden. Es muy difícil entender que vos tenés que tener un tratamiento permanente hasta que te mueras.

E: Y... ¿qué circunstancia o qué situación dentro de tu actividad te provoca mayor frustración?

[Silencio]

M: ¿en la hospitalaria?...

E: Aja...

M: Muchas, muchas, falencias de todo tipo. Primero, edilicias. Segundo, deficiencias de laboratorio que no tengo laboratorio de inmunología, tengo que mandar a Rosario al paciente. Ahora hay tomografía en el Cullen que no teníamos, todo. Cada paso en dar el diagnóstico tiene sus trabas.

A nivel hospital, a nivel privado también porque tenés que las obras sociales no autorizan los estudios. Pero bueno es como que es más solucionable, la gente tiene otro nivel cultural, la sabe pelear de otra forma.

B. I.2.d.

E: ¿Y… cuándo y en qué área comenzó usted a trabajar aquí en el hospital Iturraspe?

M: Bueno, en el hospital Iturraspe estoy desde el año ochenta y nueve en Clínica Médica. O sea, yo pertenezco a Clínica Médica, soy neurólogo adscrito al

Servicio de Clínica Médica. Entonces hago consultorio externo acá abajo y sala y actividad docente en clínica y además cubro las interconsultas de neurología del hospital y además tengo que informar los electroencefalogramas que se hacen acá en el hospital. Así que bastante comple... completita la cosa.

E: ¿Y qué diferencia usted ve en trabajar acá en el consultorio externo que hacer sala?

M: Bueno, es otra la patología. O sea en Consultorio Externo son tres o cuatro motivos de consulta más frecuentes, como ser dolor de cabeza, mareos, epilepsia o sea las convulsiones y en menor medida sería, te digo lo que es acá, ¿no? en el consultorio de éste hospital, en menor medida la enfermedad vascular, o sea los accidentes vasculares cerebrales y eh... parkinson, enfermedad de parkinson. O sea, en general, esos son los, los motivos por los que consultan más frecuente mientras que en la sala, esta muy relacionado, como es una sala de Clínica Médica muy relacionado a, a las enfermedades clínicas que tienen eh… síntomas neurológicos como ser el coma por insuficiencia hepática, el coma por diabetes o eh… las enfermedades del colágeno que producen manifestaciones neurológicas o sea, por ahí cosas mucho más complicadas y más, más serias pero evidentemente que son también más interesantes para estudiar, ¿no?

E: ¿Y con la relación que usted establece con el paciente, qué diferencias o qué similitudes hay con un paciente ambulatorio y con un paciente de sala?

M: Bueno, muchas veces el paciente que está en sala no tiene mucha capacidad de relacionarse con el médico por el hecho de que esta comprometido, a veces con compromiso de la conciencia, ¿verdad? A veces de desorientación entonces la relación es mucho más estrecha, pero muchas veces la relación del paciente en sala se continua acá en consultorio externo porque después viene a los controles. Así que depende un poco de cada enfermedad. Hay pacientes que hace diez años que yo los veo y que prácticamente ya uno ya le conoce, toda la historia clínica la tiene en su cabeza sin necesidad de ver el, el papel. Es decir, depende mucho del tipo de enfermedad, cómo está el paciente y de los años que hace que está en tratamiento [Tose]

B. I.2.e.

E: ¿Y cómo es tu trabajo en el consultorio externo? ¿A qué hora venís al hospital? ¿Qué días atendés? Eh… ¿Cuántas consultas atendés por día?

M: Bueno, consultorio externo yo hago una vez a la semana eh… y atiendo

entre veinte y veinticinco pacientes aproximadamente hmn, te diría un mínimo de quince y un máximo de veinticinco, digamos.

E: ¿Y en el Servicio de Consultorios Externos eh, contás con un conjunto explícito de normas de funcionamiento, es decir, reglas que establecen la modalidad de funcionamiento, los protocolos, las normas de trabajo, los horarios…?

M: [Interrumpe] Sí, sí, en realidad, uno sí, sí uno ya lo tiene incorporado porque como hace varios años que estoy trabajando, pero sí eso existe, ¿eh?

E: ¿Y me podrías mencionar alguna?

M: Eh… bueno el tema de llenado de planilla, el llenado de fiches, eh, los registros estadísticos eh, algunos estee papeles que uno tiene que llenar cuando el paciente tiene obra social y la ha denunciado de que la tiene. Eh, entonces uno llena planillas e identifica al paciente que tiene obra social para que después el hospital, se asegure de cobrar esa consulta. Porque vos sabés que este es un hospital de autoabastecimiento que le llaman estee entonces, para nosotros es importante que las obras sociales paguen, nunca pagan pero bueno, eh… es importante que lo hagan [Risas] porque si atiendo a un paciente que tiene cobertura social si no nos paga la obra social el hospital no va a recibir nunca autofinanciamiento, eh, es decir, que eso es también un poco.

Y después, todo lo que hace a los accidentes de trabajo, que por ejemplo eso es algo que en los últimos tiempos la gente se ha concientizado mucho, antes la gente tenía, desde siempre, desde la historia de la medicina accidentes de trabajo. ¿Qué es esto? Pincharse con la aguja de un paciente, tener una exposición con sangre del paciente, habérsele roto el guante, no haberse puesto guante, lo que sea y entonces es como que la gente bueno, de pronto se lavaba las manos y ahí se terminaba todo. Nosotros estamos tratando y creo que lo estamos logrando que la gente denuncie esos casos para recibir atención porque no sólo está que hay muchos pacientes infectados de sida sino que la hepatitis b y c y que es muchísimo más contagiosa que el hiv y que se produce por accidentes laborales. En muchos casos eh… se pueden en, tratar o diagnosticar precozmente o en fin, uno cambiarle un poco el curso de algunas de ellas eh… de la enfermedad. Entonces, nosotros vemos muchos accidentes de trabajo por ejemplo, por decirte la semana pasada cuatro pero yo no creo que se halla incrementado, la gente tiene más información y consulta. Eh, “mire me pinché que hago”. Bueno, te vacunás con la hepatitis b, ¿estás vacunado?, ¿no estás vacunado?, ¿te hacés una omoglubina?, te haces un control entre unos meses para que no halla cero convertido, es decir, que no te hallas realmente contagiado, te

pinchaste con un paciente con … que tenía sangre de un hiv, ¿toma o no toma las drogas enterovirales durante un año… un mes perdón para tratar de no contagiarse. Es decir, gente que tiene más información consulta más. Todo ese trabajito digamos, de, de denunciar los accidentes de trabajo es algo que antes, hace unos años atrás de hecho no se hacía.

E: Para vos, a vos te parece que la información en todo lo que es infección, juega un papel importante por lo que vos me decías, cuanta más información tenga la gente…

M: [Interrumpe] Fundamental, fundamental no sólo, te nombré accidentes de trabajo por nombrarte unos de los tantos ejemplos pero en realidad, vos sabés que está toda la parte de control de infecciones que hace desde el simple, y tan ya incuestionado lavado de manos, metódico antes y después de tocar a un paciente, sino lo que hace a aislamiento respiratorio en el caso de tener que usar barbijo. No sólo el personal de salud sino que a veces los familiares, que acompañan a un paciente. Es decir, todo lo que sea prevenir que el personal de salud no se contagie, que nosotros no contagiemos por alguna causa en especial, con nuestras manos sobre todo eh, por haber tocado a un paciente y después voy y toco otro y no haberme lavado las manos y no haberme puesto guantes, toco sangre y todo ese tipo de situaciones en la cual va dirigida digamos, al control de infecciones que el paciente que entró sano, sano no, sin infección no se vaya a su casa o se quede en el hospital con una infección intrahospitalaria. O sea eso es muy importante, es muy importante y eso es todo educación, educación, educación.

E: Y pensando en el Servicio de Consultorios Externos, ¿si?, ¿si tuvieras que modificar algo qué cuestiones modificarías en el consultorio externo?

M: Eh… ¿qué modificaría? En realidad yo tengo los elementos básicos en el consultorio para trabajar decentemente por llamarlo de algún modo. Pero el tema es cuando el paciente sale con su indicación y atraviesa la puerta porque vos le diste el antibiótico que debía recibir y va a la Farmacia y no lo va a tener. Eh, o probablemente le dan la mitad de lo que realmente una le recetó y eh, si le pedís una tomografía, que es un estudio más complejo seguramente tengas que esperar muchos días de ahí a que se lo autoricen, es decir, que la palabra urgente por ahí no funciona. O sea, de la puerta para afuera es el problema, no en el consultorio en sí. Vos en el consultorio con los años he tratado de tener un dinamismo digamos laboral que, como estoy sola estoy tranquila y tengo los elementos básicos, ¿no? Un laboratorio, un antiséptico, un estetoscopio, una camilla, los guantes, un barbijo, eh,

en fin…

E: O sea que sería más de cuando sale el enfermo que cuando ingresa…

M: Exacto, eh, del ingreso por ahí que yo no lo veo pero que lamento que ocurra es que el paciente viene, por una razón que todavía no lo entiendo bien, muy, muy temprano para pedir turno. Es decir, como yo veo muchos tengo muchos pacientes claro y para que no se acaben los turnos la gente viene temprano, pero a su vez vienen demasiado temprano, porque no sé a tal hora dejan de anotar. Entonces el paciente se tiene que levantar no sé a las cinco o seis de la mañana para... yo empiezo a atender a las nueve de la mañana que es cuando me deja el que me antecede el consultorio, ¿me entendés? Ese tipo de situaciones son las que realmente inciden en no sentirse bien.

E: ¿Y cuál situación o que circunstancia dentro de tu actividad laboral te provoca mayor orgullo o mayor satisfacción?

M: Eh… en realidad yo he tenido grandes satisfacciones aunque [Risas] aunque toda la… me pasé toda la, digamos … criticando al sistema y diciendo de las decepciones que uno ha tenido a lo largo de estos años. Pero he tenido muchas satisfacciones y las sigo teniendo de hecho en lo personal porque cuando uno ve que cuando un diagnóstico, sobre todo cuando diagnósticos son difíciles obviamente eh y el paciente uno… por qué no le ha salvado la vida o ha prevenido secuelas o ha digamos estee, sentido el reconocimiento de esa persona eh… con una sonrisa, con un “gracias doctora”. Eh, con eso de, de de que uno, realmente alguien que se hubiese podido eh… morir, eh… ve que se reinstala de nuevo a su faz laboral, familiar esas son las satisfacciones que uno tiene a diario, ¿no? Simples… [Risas]

E: ¿Y qué situación o qué circunstancia dentro de tu actividad laboral te provoca mayor frustración?

M: Eh, bueno esto que decíamos ¿no?, el sistema, el sistema de salud que eso implica bajos sueldos, estee, no inversiones en, en el sistema de salud y, y te diría de que en eso se resume básicamente y la falta de reconocimiento a veces, estee… de algunas personas ¿no? Pero por suerte en mi caso personal eh, no, no es tan frecuente eso. O sea que la gente no vea el esfuerzo que uno hace y exija y exija porque así como yo te dije que en realidad son víctimas en general del, de las esperas y de las no, eh, y que las cosas no se hagan rápido, que no se hagan los estudios complejos no se autoricen con rapidez, eso o en fin, que uno no, no, no le pueda brindar toda la medicina que, que un paciente se merece. Bueno, viste, por ahí te encontrás con gente que no tiene ni idea de nada y encima te hace sentir mal, por

exigencias que no son oportunas. Pero en general no a mí al menos, ocurre lo otro [Risas]

B.II.1.a.

E: ¿Y cómo es una mañana acá en el Consultorio Externo, o sea, a qué hora salís de Gobernador Crespo para llegar acá?

U: Y bueno yoo tengo una hermana acá así que eh… saco el turno desde Crespo, primero, para yo eh… llegar acá parate a ver… que col… puedo tomar un colectivo, puedo tomar un… un transporte que sale a las cinco y media y llega acá a … cinco y media y a las ocho, más o menos, sí. Y si no, o sea tenés, tenés distintos tipos de horarios también. Tenés trafic, tenés remisse, tenés todo allá.

E: ¿Y hoy por ejemplo que colectivo te tomaste?

U: No, no, estee yo como pasé las fiestas acá en la casa de mi hermana, me vine directamente a las cinco y media de la mañana, saqué turno acá ya y ya… por eso estoy esperando te digo, ¿viste?

E: ¿Y a qué hora te dijeron que te iban a atender?

U: A las once, a las once, para pedirle el turno ya después doce y media, más tardar una pasa un transporte del pueblo, que me pasa a buscar a la dirección de mi hermana, y me lleva directamente. De puerta a puerta, ¿viste?. Te lleva y … No para eso no hay problema o sea…

E: Y si vos tuvieras que modificar algo de la atención en el Servicio de Consultorios Externos Centralizados…

U: Aja…

E: ¿Qué cuestiones modificaría? ¿Qué cuestiones cambiarías?

U: Tendría que ser más grande … el el… baflecito oo haber dos en diferentes direcciones para que la gente escuche bien.

E: Aja.

U: Estaría eso. Tal vez que haya más… un poquito más … de, de ventilación o qué sé yo porque la gente esta… se duerme. Mucha gente que se duerme, lo que pasa que como viene temprano. Y están cansadas. A lo mejor trabajan en casas ajenas o trabajan a fuera de la casa y vienen y… se duermen supongo que a lo mejor el aire da más estee… estee te aviva un poco más, que cuando hace calor y hay mucha gente amontonada, te atonta.

E: Aja

U: No sé… en la atención. A mí me tocó una atención un poco bastante linda. O sea, no tuve ningún tipo de problemas hasta ahora. Y ya te digo como no tengo que venir muy seguido nada más que… el primer problema que tengo en mi vida es éste… Todo bien, no sé que modificaría. Tal vez que algunas enfermeras no te traten mal. Viste, pero eso es como que en todos lados hay, siempre hay una o dos que son nerviosas como que… o vienen con sus días como que… Pero hay gente también que, que viste que según las enfermeras te, te ponen los pelos de punta. Hay gente muy tranquila, muy o cómoda viste, viste que hay gente así. Pero, no sé otra cosa que modificaría no.

E: Y…

U: [Interrumpe] Por ejemplo hay una señora acá la que atiende acá, la que habla por parlantes es buenísima. Es muy buena porque ayuda desde el más chiquito hasta el más grande. Ella no mira color, no mira cómo esté si está limpio, si está sucio… no nada, ella atiende todo. Si te tiene que llevar al piso último de arriba, te lleva, te trae, te indica, te explica. Si te tiene que ayudar por ejemplo, por ejemplo a esta hora allá en Mesa de Entrada no te dan más turno, no te anotan más. Vos hablás con ella y ella va y habla con el doctor para ver si lo puede atender a esa persona que llegó tarde o que viene de más lejos o que tuvo algún otro tipo de problema. Y es muy buena, esa señora. No sé como se llama, pero anda en todo ahí…

E: Y vos por ejemplo, me decías recién que hay enfermeras que están nerviosas o que tienen mal trato, ¿en qué cosas las ves por ejemplo?, ¿En que actitudes viste un mal trato?

U: Y bueno yo diría porque a lo mejor le hacés una pregunta “No, ya te dije” o cosas así viste, que te … o sea, yo supongo que es como que les molesta que vos le preguntes algo. Vos siendo de afuera del hospital no sabes nada. O sea, tenés que preguntarle a alguien de adentro. Pero a veces están de mal humor o, hay gente que la hace poner mal, no sé. O la multitud o el cansancio de ellas porque supongo que también deben trabajar en estee… estee trabajar mucho pero yo supongo que siendo estee para atender al público así… tendrían que ser estee más pacientes, a pesar de los problemas que pueden llegar a tener ellas o… porque si vos venís al hospital es por algo, o sea, no venís a veranear o… ¿no cierto?

Es porque tenés un problema. Entonces, yo supongo que tendría que haber… en algunas personas estee más paciencia. Por ejemplo, esta señora es un ejemplo acá en el hospital. Supongo que a de estar hace muchos años acá adentro porque se

conoce todo. Todo se conoce.

E: Y vos te manejás acá en el hospital de ir… de ir a bueno a Cooperadora que está ahí adelante… de saber dónde estaban los consultorios…

U: Aja.

E: ¿Cómo te diste cuenta de eso?

U: Y bueno, no, todo averigüé en Mesa de Entrada cuando, la primera vez que vine. Me dijeron "Venite al hall y preguntá ahí donde salen las enfermeras". Me explicaron bien el lugar, bueno, por supuesto me guié y después vas leyendo los cartelitos que está todo escrito, por ejemplo, pediatría, oftalmología todo eso.

Vos te vas dando cuenta y después también en Mesa de Entrada están los horarios de, de, de las estee consultas o sea, por ejemplo tal doctor viene de lunes a viernes o tal doctora de jueves… de martes a jueves y así. Yo supongo que es la principal Mesa de Entrada porque ahí sacás los turnos después recién de acá te llaman las chicas, las enfermeras.

E: ¿Y cómo sabías que tenías que venir acá?

U: No, no porque me dijo "Bueno, estee andá por acá estee… doblá acá y te vas derecho" ¿no cierto? Te guían. Y más o menos me di cuenta. A parte cuando vi la gente acá esperando ya… me dije: "por supuesto que es acá".

B.II.1.b.

E: ¿Y cómo es una mañana en el Consultorio Externo?, ¿Y cómo es digamos vos vas a hablar con el médico eh… o sacas turno ahí digamos en la …?

U: Bueno, yo nunca fui a sacar turno antes y … y después… siempre con el verso de que soy de afuera viste soy de San Jorge, soy de otro lado. Generalmente te atienden mucho más rápido, o que vas de parte de las, del médico como ser ahí de Dermatología. Entonces no me hacían esperar mucho. Pero para el cirujano plástico sí por ahí…tenés que sacar turno. ¡Bah! Yo veía a la gente que sí, sacaba turno. Yo no, no sacaba.

E: ¿Y vos digamos cuando vas ahí al consultorio, no vas con turno vas directamente a hablar con él?

U: [Interrumpe] Sí, directamente. [...] Vos vas derecho a, a, a donde está el consultorio del médico. Que por lo general está en la, en la Sala Seis, el de... el de Cirugía o ahí en el hall... en los consultorios externos.

E: ¿Y digamos cómo hiciste, le preguntaste a la enfermera o…?

U: No, pregunté dónde lo podía encontrar a … a Salva y me dijeron que está en la Sala Seis y fui y le mostré la recet… va la orden que me habían dado y … bueno, la primera vez me mandaron a poner unas vacunas que es la antitetánica y todo eso para que… que te preparan para, para, para sacarte, para cuando te cortan… y después me dio el día, me dijo "Bueno vení …". Generalmente te lo hacen el mismo día, así cuando son cosas chicas así te lo hacen en el mismo día. A veces por una cuestión de, de tiempo porque yo, yo llegaba siempre sobre las siete entonces me atendían sobre las nueve y media, diez más o menos y entre que, qué sé yo… el médico siempre está ocupado. Por lo general siempre te hacen esperar se me hacía muy sobre el mediodía y me hacían venir, ir al otro día pero si vas más temprano estee te, te atienden enseguida, ¿eh?, no tienen drama. No tienen problema. La primera vez me atendió González Tobada y la segunda vez otro médico no sé, es cordobés eh… porque no estaba González Tobada, se había descompuesto esa mañana me dijo "Vení te lo hago yo" y… me lo hizo él.

E: Y… vos me decías que tenías como un speach, o sea, como una… como un, una, una manera de encarar digamos a las enfermeras, o al médico para que te atiendan rápido… ¿Y cómo sería esa forma?, ¿qué le decís digamos?

U: Y no bueno, vos directamente le preguntás. Yo creo que pasa por ahí ¿no? Eh… por ahí uno no está acostumbrado a esperar. Y… a veces yo y vas y directamente preguntás por el médico que te tiene que buscar, que te dijeron que te tiene que atender y, y por hay te hacés atender. Ya te digo, yo iba le decía como me dijo la dermatóloga: "Andá a hablar con Salva, que te lo saque". Eh… entonces, es diferente que si yo voy a lo mejor a buscar el hepatólogo… por ejemplo o que, qué sé yo o a alguien o un médico que se encargue, generalmente, tenés que esperar. Eh… eh… pero como iba así con esa, con esa, es decir, con esa referencia "Andá a hablar a Salva". Eh… entonces, yo iba y preguntaba por él y me decían donde podía estar.

B.II.1.c.

E: ¿Y contame cómo es una mañana acá en los consultorios externos?, ¿A qué hora te levantás para conseguir el turno?

U: Es una lucha eso [Risas] A las cuatro de la mañana más o menos, más o menos también la distancia que tengo del hospital a mi casa. A las cuatro estoy viniendo, a las cuatro y media estoy llegando acá y… más o menos a las seis empiezan a dar los turnos. Y por hay según también según el día a la semana porque

también el médico viene lunes, miércoles y viernes y yo casualmente bueno vine hoy y tuve suerte de poder haber conseguido número porque si no no consigo. Si vengo un lunes quizá no sé, a qué hora hay que venir exactamente porque más temprano no sé si daría para venir, directamente tenés que quedarte acá y de las doce de la noche hasta la hora que pedís turno pero… no sé nunca lo hice pero, los lunes es donde más se llena de gente en el hospital, de eso sí, siempre me di cuenta de eso.

E: Vos que por ahí hace mucho que estás con este problema eh… de los cálculos y demás y estuviste internado y ahora venís al Servicio de Consultorios Externos. Si vos tuvieras que modificar algo de los consultorios externos, ¿sí?, sería acá del hospital Iturraspe, ¿qué cuestiones modificarías?

U: [Breve Silencio] Mirá eh… a mí, mirá sinceramente mirá hay algo que … pasa que, a mí… yo te puedo decir que a mí como ya te dije un excelente médico y todo, ¿no? Pero hay algo que … pero pienso no… que eh… el tema es que el doctor que me atiende a mí demora mucho en atender y demora mucho en venir. Es lo único. Pero para mí, no sé eso en un momento que qué sé yo, a lo mejor si estoy dolorido a lo mejor, sí, me va a molestar un poco que demore o que con cada paciente esté mucho tiempo así pero está bien… Modificar no modificaría nada porque ya te digo para mí está todo bien. Si no mirá yo voy… volví a enfermarme y elegí este hospital porque me gusta la atención. Así que modificar no modificaría nada. Así que es paciencia. Eso sí, hay que tener paciencia, más que nada. Porque modificar eso de que yo esté esperando al médico, eso no voy a modificar; yo eso de que atienda rápido y todo si también lo hace conmigo. No, no modificar no modificaría nada. Para mí, ya te digo, estoy conforme con todo. Estoy conforme en la atención y todo.

E: Y en el Servicio de Consultorios Externos, ¿qué cosas te gustan más o te parecen que están bien hechas?

U: [Silencio] Mirá hechas… yo pienso que están bien organizadas. Están muy bien organizados porque nosotros llegamos y está la, la secretaria del doctor y nos toma nuevamente… nos llama por nom… por apellido para ver si estamos. Nos ubica al lado del consultorio y todo así que están bien organizados… Así que todo bien. Todo bien… sí.

B.II.1.d.

E: Y usted las veces que fue a consultorio externo, al hospital, a consultorios externos para oftalmología eh… ¿Cómo es una mañana en el Consultorio Externo?

U: Muy buena. [Breve Silencio] Muy buena. Muy buena porque … lógicamente

hay que sacar número.

E: ¿Y a qué hora va más o menos al hospital?

U: No, yo mire la verdad que nunca he sacado prácticamente número porque cuando yo me atendía de ella… iba a las ocho de la mañana porque no había tanta, tanta gente. Y como yo tengo presión en un oj… en la vista ella me dice a veces que, que vaya a última hora y me atiende.

[...] Yo como me tomo solamente la presión y ella ya me conoce, ya me dio los anteojos y todo yo la espero a última y ella antes de irse, me toma la presión.

E: O sea que usted cuando quiere digamos, por ejemplo, hacerse un control o tomarse la presión en el ojo, ¿usted va como a que hora al hospital?

U: Y ella me dice por ejemplo vaya a última hora, a última hora por ejemplo diez y media, diez y media, once. Si hay un lugarcito me toma. Si no no me toma. Lógicamente, tengo que sacar turno. Pero como eso, eso como ya es un… eh… no es estee una atención que ella me tiene que hacer como cuando te hace el fondo de ojo, no ya no, porque yo ya tengo los anteojos. Es un control de presión en la vista.

E: Y si usted por ahí quisiera digamos modificar algo del consultorio externo, ¿qué cuestiones modificaría?

U: ¿En el consultorio externo?

E: Claro, ahí en los consultorios externos…

U: [Interrumpe] ¿Si yo tuviera que acotar algo para bien al hospital?

E: Aja

U: Diría que no la hagan ir a la gente a las cinco de la mañana, que los turnos podrían sacarse de un día para el otro. Ir de doce a catorce a sacar turno porque hay gente que, que viene de lejos. Hay gente que, que está muy temprano, muy temprano. Yo veo con criaturas que están con criaturas, total si van a dar diez turnos o cinco turnos que se lo den a las doce del día o se lo den a las cuatro de la mañana es exactamente lo mismo y para la gente es mucho mejor. Que se lo den de un día al otro. Eso es lo que yo veo mal de los consultorios externos. Que la gente tiene que ir a las tres de la mañana. ¿Por qué tiene que ir a las tres de la mañana? Me parece una cosa fuera de, de lugar. Pero bueno, demasiado que no cobran nada, ¿no? Pero con, con el mismo, con el mismo presupuesto podría poner una persona que dé los turnos en vez que vaya a las siete de la mañana que empiecen de diez a doce, ¿no te parece?

B.II.1.e

E: Y bueno, conta…cuéntenme un poco como fue eso de venir hoy al traumatólogo, a qué hora vinieron para pedir el turno…

U: [ella] Salimos a las tres [Risas] llegamos a las cuatro y media.

U: [él] [Interrumpe] Salimos a las tres de Felicia y llegamos a las cuatro y media acá, ya el turno lo habíamos reservado antes, entonces pasamos a ventanilla y nos dieron enseguida.

U: [ella] Nos hicieron la planilla…

U: [él] [Interrumpe] Nos hicieron la planilla…

E: [ella] Teníamos el turno desde el seis de diciembre para hoy. Del seis de diciembre para hoy teníamos recién el turno, de traumatólogo y pasamos por ventanilla sin, sin hacer la cola como teníamos el turno le hizo la, la planilla porque era la primera vez que venía.

E: ¿Y ustedes cuando vinieron el seis no tenían turno para ese día?

U: [ella] Estaban de congreso los médicos en Buenos Aires y nosotros no sabíamos y vinimos y…

U: [él] Y no…

E: Y me podés contar, hoy, digamos cómo fue el recorrido en el hospital, ¿hasta ahora qué recorrido hicieron?

U: [ella] ¿Desde que entramos?

E: Desde que entraron…

U: [ella] Lo primero ir a… ahí a, al bienestar social, al asistente social no sé como se llama…

E: Aja

U: De ahí, nos mandaron a que me haga la fichita, en la ventanilla

E: Sería acá en…

U: [él] por la ventanilla seis

U: [ella] Sí, por la ventanilla seis porque como ya tenía el turno no tenía que hacer la cola, pasar al costado pedir que me hagan la fichita. Ir al hall a esperar a que llamen para que ya el médico nos atienda. Fue rápido porque ya tenía uno de los primeros turnos y bueno. Y ahora estamos, con, acá otra vez en esta oficina para

hacer los papeles. No, no fue mucho lo que fuimos y vinimos sino que yo, yo me mareo mucho pero no… eso, no hicimos mucho recorrido acá.

E: Y si vos pudieras modificar algo acá digamos en el Servicio de Consultorios Externos, ¿qué cosas modificarías de acá del hospital? Vos por ahí decís que te perdés o que no encontrás… Si vos pudieras modificar algo, ¿qué cuestiones modificarías?

U: [ella] No…

U: [él] No, uno porque no, es la primera vez que viene pero ya ahora le va a ir agarrando la mano, porque es desconocido. Uno viene de un pueblo, de una ciudad cambia mucho. Entonces, no pero no hay nada para cambiar lo que… va rápido, va muy rápido y todo. Como llegué me hicieron pasar y ya al ratito me habían atendido. Por eso va, la cosa va rápido. Por eso cambiar pienso que nada. La atención es muy buena.

E: ¿Y en qué te parece que la atención es muy buena?, ¿por qué dirías que la atención es muy buena acá en el hospital?

U: [él] Porque te ubican, te, te orientan, y te atienden enseguida porque, porque la señora nos había dicho que no había turno hasta, tenían lejos el turno pero nos dio, que sería hoy el veintiuno y nos atendieron rápido por suerte… Por el trabajo, por todo, porque no, no se puede estar esperando. Me podría haber salido algún trabajo y yo no lo podía agarrar porque estaba con la rodilla… con la rodilla lastimada.

B.II.2.a.

E: Y... ¿Cómo es una mañana para vos en los Consultorios Externos?, ¿cómo hacés digamos todo el recorrido para llegar a la consulta?

U: Voy a la ventanilla, saco un número, si tengo otra cosa que hacer, me voy hago la cosa que tengo que hacer. Vengo y me siento. Estoy sentada hasta que me llamen. Esa ya es la costumbre mía, estee… esperar hasta que..., ya estoy acostumbrada a esperar, ya…

E: ¿Y cómo a qué hora te levantás?

U: Yo me levanto a las cuatro de la mañana de mi casa y vengo a las cinco y media, seis, vengo acá ya cuando ya están dando números. A las seis dan número. Así que yo vengo y ya no hago la cola y saco un número y yo, ya te digo, si tengo que hacer otras cosas voy y la hago.

Y yo… habitualmente los médicos que yo veo me atienden siempre siete y

media, a más tardar a las ocho. Ocho y media yo ya estoy en mi casa. Donde más demoran es donde me hacen los… esos calores en el cuerpo, en la columna porque viste que tenés que estar sentada quince minutos, veinte, pero estoy, ya estoy atendida en ese momento. Nada más que llegás, golpeás y te hacen pasar y te sientan y ya está…

E: ¿Y el día de hoy cómo fue?

U: Vine, llegué y no conseguí ningún médico [Risas]

E: ¿Y a qué hora viniste hoy?

U: Y ocho y media

E: ¡Ah! ¿Te quedaste dormida?

U: No, sabés que pasó, que me habían dicho de que … que hoy venía a las nueve el médico porque me mandaron al nutricionista y la doctora allá me dijo que era para una… que me iban a hacer análisis y qué sé yo que para saber de por qué engordo… tanto. Y entonces tengo que ver otro médico, no era el que me habían dado, que decía en el papel, que me había dado la chica. Así que…

E: ¿Y cuándo te dijo que tenés que volver?

U: ¡Ay! Dónde dejé el papel [Nota del Entrevistador: La entrevistada busca entre sus bolsillos el papel] Acá tengo anotado… [Breve Silencio] [Nota del Entrevistador: La entrevistada comienza a leer el papel] "Martes a las seis de la mañana ventanilla siete y martes… martes, de martes a viernes ventanilla número siete a las seis de la mañana".

E: Y… ¿Cuál situación o qué circunstancia dentro de los Consultorios Externos, por ahí, a vos te parece que tendría que cambiar?

U: [Breve Silencio] No tengo ni una.

E: ¿Ni una?

U: Ni una, ni una. Todo está bien, para mí está bien. Los modos de tratarte, de atenderte, de, de solucionarte el problema, ¿viste? Son buenísimos, nunca tuve quejas de nada. Nada, nada está todo bien. Nada, nada. Ya te digo que yo a veces vengo ahí y las mismas chicas me dicen "Tomá una silla gorda, sentate". Las chicas esas que te llaman por el coso… para que te atienda el médico.

E: ¿Norma?

U: Norma, Nora todas ellas. Nunca tuve un problema, ni en serio, ni nada con

ninguna y con todos los que están conmigo porque te digo que entro y salgo… Nunca tuve un problema.

E: [Risas] ¿Y algo digamos que a tu criterio que cosas funcionan bien?, ¿Qué cosas funcionan correctamente en los consultorios externos?

U: Que funcione bien, ¿qué funciona bien? [Breve Silencio] No…

B.II.2.b

E: ¿Y cómo es una mañana acá en el Consultorio Externo?... ¿Cómo es el trámite?, ¿Qué tiene que hacer?

U: Tengo que venir temprano. Yo a las, yo por ejemplo el primer colectivo que pasa por casa pasa más o menos, antes pasaba cuatro y media, ahora pasa cinco y cuarto. Ese colectivo lo tengo que tomar y venir. Y ya cuando venís, llegás acá ya hay un mundo de gente así que tenés que venir a esa hora, esperar, hacer la cola, esperar que abran acá, te hagan los... empiecen a anotarte. Cuando te anotan tenés que ir allá a espera que vengan las, los médicos. Así que allá ya... Vicario lo martes viene temprano, los martes a las siete y media, más o menos, ya está acá. Pero los jueves, que son esos dos días que vienen martes y jueves, el vier… el jueves hasta las nueve y pico tenés que aguantarte la amansadora, ahí si o sí firme.

E: [Risas]

U: Sí, a veces salgo a las diez. Eso depende de la cantidad de, de paciente que ande, que ande antes que yo para él. Pero a las diez, diez y media. Viste a la hora que te fui a ver ayer allá, y bueno, yo recién lo había visto, recién lo salía de ver a Vicario. Y atrás mío había, no sé, pero diez, quince personas había. Fácil. Y eso, algunos lo atiende enseguida porque es poco lo que tiene que hacer. Como yo por ejemplo ayer vine para que me controle un poco la presión y a que me dé los medicamentos más que nada. Y, pero a veces a alguno lo tiene que revisar la presión, hacer el electro, estudiarlo un poco más y ahí está veinte minutos, veinticinco, media hora, así que... . A veces parece que no, pero se va alargando. Ahora lo que tenía la doctora Perotti era eso. La doctora Perotti antes de las diez... Ella viene tres veces por semana: martes, miércoles y jueves pero antes de las diez no la esperés porque… Sabés que amanzadora que nos agarrábamos nosotros desde las cuatro y media, cinco de la mañana hasta las once de la mañana acá esperando. Ohh… era de terror. Este por lo menos, este hombre por lo menos viene, viene un poco más temprano. Los martes de por sí él a las siete, siete y media más tardar ya está acá. Si los jueves sí, los jueves nueve y pico recién viene pero yo ya vengo calculando de llegar los martes cosa de

irme temprano, antes de las diez. Sí…

E: ¿Y cómo es la espera digamos?

U: Y la espera es como toda espera, aburridora, monótona. Es cansadora porque es mucho tiempo, a veces, él mismo me dice “usted se pone nervioso cuando está esperando”. Le digo “sí doctor”. Porque le digo “imagínese de la hora que llegamos hasta la hora que nos atienden... esa espera de estar a cuete. Yo no soy una persona que me quedo tranquila no, entonces yo me pongo nervioso enseguida”. Y estar horas y horas y horas y ver uno que se queja, ver otro que está en peores condiciones, tiene que estar esperando y esperando. Al final…

E: Claro. Y si usted pudiese cambiar algo acá en el Consultorio Externo, ¿qué cosas cambiaría?

U: ¡No! En general todo, todo es tan buena las atenciones porque es… hay que tener en cuenta una cosa que es mucha la cantidad de gente que viene. Mucha, muchísima. Cuando yo empecé a venir, cuando a mí me agarró el primer infarto creo… nosotros no sabíamos venir tan temprano. Porque vos venías llegando a eso de las cinco y media, las seis menos cuarto de la mañana y había relativamente poca gente. Pero cada, claro, cada vez hay menos trabajo, menos gente con obra social. Entonces, ¿a dónde tiene que ir? Al hospital. Entonces vos cada vez tenés que venir más temprano para conseguir turno porque si no no conseguís turno. Ese es el drama. Tenés que venir temprano para conseguir. Sí, a mí me ha tocado más de una vez que vine y no conseguí turno, me tuve que ir de vuelta que no me atienda el médico.

Pero, por eso, de cambiar, yo creo que todo el sistema está trabajando bien, está trabajando bien. Lo que pasa, lo que pasa ya te digo, es mucha la cantidad de gente, cada vez más. Es mucho, entonces… por más buena voluntad que tengas no podés llegar a salir bien, vamos a decir, o que se hagan bien las cosas. Porque después te encontrás con gente que, que le quieren explicar algo las chicas de acá de la ventanilla para ver si le dan los números, lo anotan y qué sé yo y no entienden. No le entra, viste. Son gente que no son como otros o como nosotros, pongámosle, que más o menos entendemos las cosas que nos dicen. Por ahí te tienen que repetir tres, cuatro veces las cosas para que recién más o menos entiendan. Y por ahí, se van y al rato vuelven otra vez y “por qué..., por qué esto y por qué el otro”.

Así que… pero en general todo… yo no, yo no me puedo quejar porque todo está trabajando muy bien y yo te digo la verdad no tuve nunca problema, desde el primer momento que caí internado, que fue la primera vez que a mí me internaron en el hospital, en este hospital o en un sanatorio que fue cuando me agarró el infarto que

fue el quince de noviembre del noventa y siete. La primera vez y desde entonces yo hasta ahora siempre vengo acá y nunca tuve quejas. O sea, motivo para quejarme. Siempre me atendieron muy bien, eh… tanto en un lado como el otro. Como allá en Favaloro, lógico, cuando me operaron también tampoco puedo quejarme porque fui muy bien atendido. Si me quejo, me quejo de lleno. Pero en general ya te digo todo… ni un problema. Así que no creo que halla que cambiar nada, que siga como está nomás que está muy bien.

Sí, lo único que a veces en el país habría que, tendría que conseguir un poco más de trabajo para que la gente se pueda, esteee, normalizar, vamos a decir en lo que es la asistencia, la asistencia sociales, la, las obra sociales; no, asistencia sociales. Eh… porque están dejando mucho que desear es eso. La gente no tiene a dónde ir, cómo si no tiene trabajo. Yo hace, desdee el noventa y cuatro que… sí desdee enero del noventa y cuatro que yo no trabajo. No tengo un trabajo fijo. Me dejaron cesante en una metalúrgica en Sauce Viejo, que fue el último lugar que estuve trabajando, estuve nueve años y desde entonces, ando haciendo changas. Anduve de chofer de taxi, anduve chofer de remisse, anduve de chofer de la camioneta contratada en la E.P.E[86] y así… Así fui, eso… ahí no tenemos obra social. Ahí el día que no trabajaste sonaste. Te pasa la máquina por arriba, qué va a hacer.

[...] Lo único que ya te digo yo, que cada vez queee, que es más jodido, que causa tristeza, es muchas veces que uno ve gente que, que está, que realmente no puede estar mucho tiempo parada o sentada esperando que tengan que venir tan temprano a hacer cola para conseguir turno. Eso es la única parte que yo me acuerde en este momento. Yo, por ejemplo, para el problema que tengo yo, no tengo drama, vengo y… me siento y pregunto: "¿quién es el último?", mientras se está esperando el turno acá para sacar. "¿Quién es el último para ventanilla…?" que nosotros ahora vengo por la ventanilla cuatro. Por ejemplo: "¿quién es el último para la cuatro? Ah… acá está. Bueno, me tengo que acordar que estoy atrás de esa persona y otra persona que venga ya tiene que venir atrás mío y así hasta que se abren y se hace la cola y bue… Pero lo único triste, ya te digo, que yo veo, que haya mucha gente, y viene mucha gente, que prácticamente no pueden estar parados, no pueden… gente de edad que lo ve con tal o cual problema, que no pueden estar mucho tiempo parados, no pueden estar esperando tanto tiempo y lo tiene que hacer porque necesitan la atención médica.

E: ¿Y lo respetan a usted cuando se sienta y…?

[86] E.P.E.: Empresa Provincial de la Energía.

U: Sí, sí, sí. Eso lo que tiene..., eso tiene de bueno, que vos. Vos tenés que acordarte nada más detrás de cuál y atrás tuyo quién está. Vos tenés que estar ahí pero hasta hoy día, desde que empezamos a venir hasta ahora nunca tuvimos. Ni he visto que halla un problema por el motivo “noo, que yo estoy de antes o no que yo estoy después”. No, hasta ahora no.

E: Y cuando a usted allá lo llaman, porque después allá digamos en los consultorios externos lo van llamando…

U: Claro. Cuando llega el médico nos van llamando. Cuando llega el médico le dan el consultorio número tal. Por ejemplo que Vicario atiende o en el tres o en el uno o en el nueve. Los martes casi siempre está en el nueve. Entonces ya llaman por los parlantes. Eh, los, los pacientes del Doctor Vicario y empiezan a nombrarlos para que vayan ubicándose en tal o cual consultorio por ese orden. Por el orden que lo está llamando. Entonces, cuando termina ahí, se va la persona esta que está llamando va … allá y controla de quee..., que estén de acuerdo a lo que están anotado. O sea, yo estoy primero, segundo, tercero y está uno o dos antes que yo. O yo estoy primero y atrás mío sigue tal y tal persona. Y lo van llamando para que se ubiquen de esa forma. Cosa que el médico cuando empieza a atender ya va llamando o que pase … y lo va tildando para que ya estáaaaa, cómo es,… atendido

E: ¿Y siempre escucha bien, ahí?

U: Sí, sí, sí.

E: ¿No hay problemas?

U: No, no, no porque el parlante ese se siente fuerte. Así que a veces está la bulla de la gente que habla pero ahí se escucha bien. Ahí, se escucha bien.

E: ¿Y tiene que estar atento usted ahí?

U: Y sí hay que estar atento... Uno que ya conoce, vamos a decir, ya más o menos y yo que lo conozco ya al doctor ya… Yo estoy más que nada atento a más o menos la hora que llega. Entonces, ya cuando él llega entonces ya estamos atendiendo. Cuándo nos llama, ¿a ver qué consultorio nos toca?, ¿a dónde tenemos que ir?

E: Claro como que usted lo ve entrar también

U: Claro, lo vemos entrar nosotros entonces ya directamente cuando entra, ya estamos atento a ver qué consultorio tenemos que ir y en qué turno estamos y en que ubicación estamos con el llamado.

E: ¿Y recuerda la primera vez que vino a los consultorios externos eh… usted esa vez vino temprano a las cinco?

U: Sí, no, ese día, esa vez vine y averigüé y me dijeron que para sacar número tenía que estar a las seis. Claro, es la hora que entran ellos a trabajar a las seis pero ya había gente. Por suerte pude conseguir turno, ese día. Pero ahí ya me dijeron la gente misma que estaba acá "no tiene que venir temprano porque por ahí llega un momento que no, no consigue turno". Y tal es así que desde entonces tomé por norma ya tratar de siempre de venir temprano para poder hacer la cola y… y conseguir turno porque ya te digo, una vez, otra vez me tocó que vine a verlo a Vicario y me encontré con que no conseguí turno.

B.II.2.c.

E: ¿Cómo es una mañana en el Servicio de consultorios externos? eh… ¿usted tiene que pedir turnos primero para ir a los consultorios externos?

U: [Interrumpe] Sí, tengo que hacer la cola como todos y a veces tengo que volverme sin ser atendido…

E: Aja…

U: Porque no hay turno…

E: Charlemos un poco de eso entonces…

U: Te digo, yo acá el primer colectivo que tengo es a las seis de la mañana que pasa por acá. Llego a las siete al hospital [Breve Silencio]. Yo no sé si vos habrás tomado el tiempo en que tardaste en venir acá pero yo tengo casi [Carraspea] cincuenta minutos en llegar… de acá, a la mañana. A las seis me tomo este, seis y diez tomaré el otro. Llego a, al… yo doy toda la vuelta, ¿eh? Porque yo… más rápido sería que yo me bajase en Obispo y Rivadavia y de ahí tome el nueve, pero mi situación económica no me lo permite. Yo tengo un peso para llegar hasta allá y un peso para volver. [Breve Silencio] Cuando lo tengo, sino no voy

E: ¿Y usted me decía de que eh…

U: [Interrumpe] A veces voy y no tengo turno y… y … ahora ya me hice un poco más canchero a veces voy, si no consigo turno voy ahí a la puerta del médico, Martha, la enfermera, como me conoce me atiende.

E: Como que se fue avivando con…

U: Sí, con el tiempo, ¡bah! O sea, voy me quedo ahí, le digo "Martha, no tengo

turno". "Qué, otra vez. Bueno, vamos a ver como hacemos". Va y habla con el médico y me atiende igual. Total es, o sea, no son revisaciones muy, nada más que por algunos remedios, algo así. O sea, no lo demoro mucho. Pero bien, bien.

E: ¿Y cómo es la espera para sacar el turno?

U: La espera para sacar el turno, yo considero que para conseguir seguro... hay gente que se va a las cuatro de la mañana. Se debe parar allá en la puerta, afuera, porque debe estar cerrado.

E: No, abierto está.

U: Abierto está. Y bueno, esperarán ahí, haciendo cola. Yo generalmente siempre soy uno de los últimos. Cuando llego son las siete, o sea que ahí adelante mío hay varios, muchos hay. Y yo creo que el médico más de ocho no, no atiende por día ¿no?

E: Creo que son diez turnos por médico. [...] Eh… yo lo que le quería por ahí preguntar, pensando en los consultorios externos es ¿si usted pudiese modificar algo qué cuestiones modificaría?

U: Bueno, [Carraspea] claro que lo que pasa es que es un drama la situación que estamos viviendo, yo pienso que están todos recurriendo al hospital y no podemos todos pretender que, que, que cumplan con todos porque si tienen que cumplir conmigo tiene que cumplir con todos. O sea, que si yo tengo que ir allá yy no me pueden dar el turno bue… mucha gente no, no… Yo pienso que un sesenta por ciento o un cuarenta por ciento se van sin ser atendidos en el hospital. Porque yo siento que estoy haciendo cola y por ahí, yo siento a las chicas que allá, que gritan: "no hay más turno para el doctor tal y tal". Te dicen "o para cardiología o para ginecología o para lo que sea", yo siento. Y a veces yo, no tengo más turno para cardiología; qué tengo que insistirle yo si sé que no me lo van a dar. Y entonces, más bien me voy allá y hago la coladita esa. Que no es colada…

Otra cosa por ejemplo, no pueden dar turno… si yo voy hoy y no, dice la chica "mire que no hay más turno". "Bueno, deme un turno para mañana", no me lo dan, no me lo dan. Tengo que ir y hacer la cola porque es justo también. Pero es injusto que yo tenga que ir o dejar de ir porque no tengo medios para ir, [Breve Silencio] qué sé yo…

E: Y usted ya a la gente que trabaja en … a las enfermeras, usted recién me hablaba de Martha…

U: Sí

E: Que trabajan allá, digamos, ¿ya las conoce?

U: Y es con la única que tengo trato… [Breve Silencio] porque, porque hasta me he peleado con ella… llegamos…

E: ¿Y por qué?

U: Y porque quería que me dé por ejemplo los … porque tiene su carácter. Ella es muy especial, tiene carácter de mala pero para mí es buenísima. Y si es buena con todos, la van a enloquecer a ella y al médico. Porque ella tiene que cumplir lo que le dice el médico. Y el médico tiene que cumplir lo que, lo que tal vez le instruye el hospital, atienda diez por día ¿me entendés?

E: Aja…y cómo fue digamos esa pequeña discusión que usted me decía o problema…

U: Eh… un día voy sin turno porque hay una chica que trabaja en otra parte del hospital que me conoce de años por… por cierto parentesco. Entonces, esta chica fue conmigo y habló con ella para que me atiendan a mí. Y ella insistía, Martha, con esta chica que se conocen del hospital dice… preguntando: "¿por qué ella me llevaba a mí?" Y ella le decía "no porque". "Shit", le digo "decile la verdad…" como diciendo [Risas] que pasaba algo conmigo con esa chica, pero no nada que ver. Y ahí se, se río. Y otras veces iba y ¿por qué discutimos? Bueno. No discutimos. Eh… le digo "Martha necesito una receta para sacar remedio". "Y no tiene… no sabe cómo tiene que hacer" [Nota del Entrevistador: El entrevistado enuncia las palabras de la enfermera cambiando el tono y levantando la voz] "Sí, el médico me dijo que me lo haga usted para sacar el remedio". "Pero me tiene que dar todo por escrito", me dice. "¿Qué quiere que le escriba?", le digo. "El remedio que necesita y cómo se llama usted. Número de documento y todo". "Ah, bueno, como no". Eso fue nomás. Que yo no sabía. Entonces, le puse el número de documento y me anotó Edgardo Rodríguez y el remedio que necesitaba y esperó que venga el médico para que él lo firme. Ése es el trato que tengo con la enfermera, o sea no, nada más.

E: Y qué circunstancia o qué situación dentro del Servicio de Consultorios Externos a usted le parece que funciona correctamente, ¿qué cosas no cambiaría?

U: Bueno, ahí, o mal...

E: Aja

E: Bien o mal...

E: Aja

U: [Breve Silencio] El doctor Arias a mí siempre me ha atendido muy bien. Pero es muy rápido en atenderte. [Breve Silencio] Un ejemplo, estee, no sé si… creo que me tendría que hacer los… hay días … un día fue, una sola vez, que yo fui sin turno Y por ejemplo, fui porque... casualmente fui con ese motivo de la taquicardia, ¿no? Y no me hizo un electrocardiograma. Y yo pienso que no me lo dij… no me lo hizo porque en cierta forma yo escuché "Uh, otro electro, ¿cuánto hicimos, Marta?" "Ocho, doctor" "Sí, son ocho". Y yo mutis me quedé. No sé si era necesario o no que me hicieran el electro. Ese es un detalle, después todo lo otro perfecto, por parte del médico, todo bien. Y bueno, ya te digo, por los turnos, lo que pasó, las espera esa son... que por ahí no te lo dan, viste.

E: ¿Y por qué usted ahí dijo yo me quedé mutis, por qué se quedó tan, como diciendo me quedé callado?

U: Sí, porque no sabía tampoco si era necesario que me hicieran un electro o no. [Breve Silencio]

E: Y…

U: [Interrumpe] No sé si ellos llevaran el control de paciente por paciente, con carpetas de los electro, si ellos los guardan, no los guardan. Por ejemplo, van y te sacan un electro a vos, ese electro no me lo dan a mí. O sea, yo no tengo ningún electro que me hayan dado de este hospital. Sin embargo de acá de Favaloro, tengo aparte de tener los electro tengo las fotocopias acá... Esto me llegó por correo al mes, la historia clínica. Esto es responsabilidad. Me mandaron de allá la historia clínica completa de todo lo que me hicieron allá. Están todo firmado con sus respectivos electros. Lo que me hicieron todo.

B.II.2.d.

E: ¿Cómo es una mañana en el Servicio de Consultorios Externos?, ¿a qué hora viniste?, ¿cómo hiciste?

U: [Interrumpe] Vine a las seis de la mañana y estuve hasta ahora, mirá la hora que es, las once y cinco, las once y diez esperando ahí parado como un tarado. Primero me dijeron que me iban a atender a las ocho y media. Pero no, tuve que esperar hasta ahora.

E: Y… cuando llegás como hiciste para …

U: [Interrumpe] Tenés que hacer cola, ahí, hay una cantidad de gente… insoportable es.

E: Y… ¿ para sacar el turno?

U: Sí, para sacar el turno.

E: ¿Y es la primera vez que venías a sacar el turno?

U: Claro, sí, ya vine la otra vez y me recetaron este encefalograma y ahora tengo que sacar turno de vuelta para que lo revise. Eso nomás.

E: ¿Y el electro lo hiciste acá… en el hospital?

U: Sí, en el hospital, en el hospital.

E: ¿Y tuviste que sacar turno también para eso?

U: No, no, no ese turno me lo dio el doctor y de ahí me dieron creo que a quince días. Vine lo hice, eh… me dieron la hora y todo, así que vine al horario y estaba todo bien. Me lo hicieron.

E: Y… y cómo es digamos el sacar el turno, ¿cómo es ese trámite?, ¿qué te preguntan?

U: No te preguntan la dirección, el apellido y el número de documento y nada más. Y tenés que esperar, eso tenés que esperar mucho, tenés que tener paciencia.

E: ¿Y viniste vos, o sea, a las seis de la mañana estabas vos?

U: Sí, yo y mi señora y mi nena.

E: Aja ¿y cuánto te llevó sacar el turno?

U: Y de las seis hasta las ocho más o menos, hasta las ocho de la mañana más o menos, me dieron el turno.

E: ¿De seis a ocho estuviste haciendo la cola?

U: Sí, más o menos.

E: ¿Y a qué hora te dijeron que te iban a atender?

U: A las ocho y media. Y me atendieron a las once [Risas]

E: [Risas] ¿Y por qué?

U: Y no sé por qué, qué sé yo problemas de ellos eso.

E: ¿Y cómo ha sido allá en la parte del hall, la parte del Servicio de Consultorios Externos?, ¿cómo fue?, ¿ te llamaban?

U: Claro te llaman por los parlantes. Nosotros estábamos sentados afuera pero se escuchaba así que … no porque ahí adentro había mucha gente, estaban todos

sentados. No había asiento, ni nada. Tuvimos que ir por la nena porque esta… nos fuimos a sentar afuera en un cordoncito.

E: Y si vos pudieras modificar algo de acá del Servicio de Consultorios Externos, ¿qué cuestiones modificarías?

U: Eh… pondría una bomba acá, mirá, acá [Risas] y que vuele todo. No, no qué sé yo, nada. Y podría más asiento, más comodidad para la gente. Nada más. Y más, más personal diría yo … aja.

E: ¿Cómo sería eso?

U: Y que halla más personal, qué sé yo que te atiendan más rápido porque si la gente sale de trabajar o tiene que pedir permiso para el trabajo, perdés mucho tiempo. Eso es lo único. Ahora que te atienden bien, te atienden bien pero te tienen mucho tiempo parado, mucho tiempo que tenés que estar esperando. Todo eso.

B.II.2.e.

E: Y contame un poco cómo es una mañana en el Servicio de Consultorios Externos: ¿a qué hora venís?, ¿cómo hacés para sacar el turno?

U: Yo la mayoría de las veces nunca saco turno porque saben que vivo en Rincón entonces, la doctora, tengo que venir… imaginate a la hora que tengo que venir para conseguir un turno. Entonces, vengo directamente y espero… soy la última pero sé que la doctora me atiende igual. Así que…

E: Y cómo es eso digamos, vos viniste un par de veces y no conseguiste o…

U: Claro, no conseguí turno entonces la doctora me dijo: “Cecilia no te hagas problema, vení de ahora en más, si yo …" si ella empieza a atender a las siete y media. "Bueno, vení como a las ocho y media como que ya hallan pasado bastante pacientes” y me atiende a mí a lo último. Por las dos. Por la mía y por la de los chicos. No me dan turno, me atienden directamente pero me anotan en la ficha todo…

E: [Interrumpe] Claro…

U: No hay problema

E: Y a raíz de qué lograste la… no necesitar pedir turno, ¿hablaste con ella?

U: Claro, claro porque venía varias veces y por ahí no conseguía turno y las… las, las que están ahí dando… diciendo qué consultorios tenés que ir no… muchas veces no te dejaban pasar: "No, no tenés turno, no pasás". Entonces la doctora habló y ahora sí me dejan pasar, paso normal. [Risas]

E: [Risas] ¿Y tuviste que venir muchas veces al hospital así sin poder acceder al turno?

U: Eh… no, no, muchas veces no. Creo que fue una vez que no conseguí turno y ya fui a hablé con la doctora y le dije que vivía muy lejos y no podía venir tan temprano con los chicos y… todo… No una sola vez.

E: ¿Y qué situación o qué circunstancia dentro de los consultorios externos a vos te parecería que se tendría que modificar?

U: Dentro, en los pasillos o cuando estamos esperando

E: En general… desde…

U: [Interrumpe] A mí me gustaría que pongan bancos. Viste porque a veces, uno viene a la mañana con los chicos y está lleno, no hay ni un banco para sentarse. Ahí, nomás en la parte de… donde están las embarazadas que hay dos bancos nomás después en los otros lados vos fijate que no hay… eso nomás… No sé otra cosa.

C. Representaciones de la imagen del usuario / paciente.
Autorepresentaciones.

C.I.1.a

E: ¿Qué particularidades tiene el usuario que viene al hospital?

M: Bueno, en los últimos años ha ido cambiando totalmente el hospital. O sea que en este momento hay un incremento de gente que antes se atendía en la parte privada o en las obras sociales que ahora al quedar sin trabajo o sin poder económico están, vienen a acá. Ha cambiado, en los últimos yo te diría tres, cuatro, cinco años. Así como se incrementó el trabajo hospitalario estee año a año es muy impresionante como se aumenta.

[...] Antes la, la persona que venía al hospital era el indigente, el que no tenía ninguna posibilidad de acceder a ningún sistema de salud porque económicamente no llegaba a nada. En este momento las cosas han cambiado, y lo que antes era clase media hoy, es clase media pobre y entonces, está acá dentro y la única diferencia que puede haber en ellos en estos últimos años es que hay una gente un poco más ilustrada digamos, más preparada intelectualmente que el indigente puro, el que realmente no tiene ninguna preparación. Pero na, nada más que eso, o sea en sí el, la patología humana, la enfermedad yo hago la parte del tratamiento médico, o sea no, no, no manejo otra, otro tipo de cosas. Las patologías son las mismas. Lo que no es lo mismo es la posibilidad que tiene la gente a acceder cura, a curas y … estee, sobre todo la parte de medicamentos, que es lo que cada día se encarece más. Muchos no, no acceden hay que tratar de buscar, de solucionarle todos los problemas.

E: ¿Y para usted cuál sería un buen paciente o un paciente ideal?

M: [Silencio] No, no sé si existe eso, un buen paciente o un paciente ideal. El paciente es siempre uno, cada uno es distinto. Lo ideal es que haya una muy buena relación médico paciente, eso sí es ideal. Eso significa que el que viene a … para un problema si vos llegás a él, él te va a entregar todo su, su cuerpo, su alma para que vos le soluciones el problema. Entonces, en ese trato o en ese contrato entre comillas radica la buena, a veces el buen final de una atención médica. Más que paciente en sí, es la relación médico paciente que debe ser buena. Si no hay una buena relación médico paciente es preferible que otro se haga cargo de ese paciente.

E: Y en qué cuestiones usted ve una buena relación médico paciente…

M: No, eso se nota, se da cuenta uno cuando, cuando uno habla con una persona y esa persona que le viene a contar los problemas está confiando, es, es una

situación que uno la nota, se da cuenta, la conoce. Qué... es como aquel que dice yo estoy, para mí fulano es un gran amigo o no es un gran amigo, más bien un conocido, es algo que se, se, se da. Se siente digamos, no hay un parámetro para medirlo. [Silencio]

E: ¿Y por qué eligió como especialidad cirugía general?

M: Porque me gustaba [Risas]

E: Y …

M: [Interrumpe] Era la época que todavía podía elegir lo que me gustaba, ahora, muchos, muchos no pueden. [...] Y antes era menos gente, había más posibilidades de eh… de elegir. Yo no soy de esta provincia, soy de Córdoba eh… tuve la suerte de ser estudiante rentado, en esa época, de tener muy buen promedio y haber rendido un concurso y haber sido practicante de hospital sin, sin, antes de ser médico. Antes existía esa posibilidades, para los buenos alumnos se le daba.

Y bueno al estar dentro del hospital me daban la opción después de ir eligiendo una especialidad, que a mí siempre la que me gustó fue esta. Así que empecé siendo un prac…practicante que daba anatomía, eh… a los alumnos que ingresaban de la facultad yo les daba los prácticos, después fui jefe de trabajos prácticos y así fui ascendiendo. Y después, me vine para acá.

E: ¿Y cuál es su objetivo como médico?

M: [...] Mirá eh… no sé cada uno tiene, tiene su vida, sus cosas que trae desde antes, las que vivió y lo que piensa para más adelante. Y cada uno es distinto, porque cada ser humano es distinto. Yo si volviera a nacer hoy, volvería a ser médico. Yo toda de mi vida, desde chico fue... me gustó, me encanta y creo que lo, lo fundamental, la, la visión más importante de, del médico a esta altura de mi vida, yo ya tengo cincuenta y cinco años es que si me pagaran y pudiera vivir más o menos como la gente, me quedaría nada más que en el hospital.

E: Eh… usted es, está muy relacionado con las cuestiones académicas o con respecto a la enseñanza, ¿si? Des, desde joven digamos, y ahora también ¿qué cosas o qué cuestiones modificaría en la formación que se les brinda a los futuros médicos?

M: Bueno yo creo que lo que más adolece al médico reciente, al que se forma reciente es la falta que tiene la universidad de enseñanza práctica hacia el enfermo. Vale decir, el médico sale teóricamente, teóricamente más o menos bien formado pero no tiene noticia de lo que es interrogar un enfermo, lo que es ver un enfermo, lo que es descubrir una patología del enfermo porque la parte práctica no se la dan.

Y no se la dan porque la sobrecarga que tiene la universidad en este momento de, de gente que va a estudiar no les permite implementar este sistema porque yo creo que las personas tradicionales particularmente en medicina hay que evaluarla de nuevo, ver que cantidad de gente se necesita y hacer un tipo de evidentemente de selección, bien hecha para que la universidad forme lo que puede formar y lo forme bien. No lo deforme. Porque después tenemos el problema que sale de ahí un grupo muy chiquito puede hacer una residencia, creo que es un ocho o diez por ciento y ¿el resto?. Y se está trabajando con un material muy importante que es el ser humano, ¿no es cierto? O sea, el error médico si bien, en la actividad humana siempre está presente debe ser mínimo, debe ser mínimo porque de lo contrario es... dar una licencia para ejercer algo que no, por el cual no se está preparado, ¿no cierto?. Yo creo que los Colegios Médicos y la Universidad ante todo están en una falta muy grave en ese tema.

C.I.1.b.

E: ¿Y qué particularidades tiene hoy trabajar en el hospital público que lo diferencian de otra institución?

M: Eh, la diferencia está eh, a veces, ehh, en el hospital público con respecto a otras instituciones privadas, en el nivel eh psicosocial del paciente. Los pacientes del hospital son de un nivel de entendimiento, en general, menor que el de la actividad privada. O sea, son más difícil..., es más difícil el diálogo, hacer las indicaciones, y todo eso que en la actividad privada. En la privada el nivel educacional de los pacientes es un poquito más alto.

E: ¿Y eso, digamos, en que repercute, en qué siente...

M: [Interrumpe levantando el tono de voz] Repercute en que el paciente no entiende bien las indicaciones, no hace el regimen o el tratamiento adecuado por falta de recursos económicos. Por ejemplo, usted ve un paciente, le indica, por ejemplo, acabamos de ver un paciente con problema en el paladar, con una fisura de paladar y que requería como tratamiento complementario hacer fonia..., sesiones de foniatría. La mamá dice que no lo llevaba al nene porque no tiene quien lo lleve, porque ella tiene que trabajar, trabaja en servicio doméstico y quien va a llevar la nena Y si está la madre o alguien, y después no tienen para el transporte, no pueden pagarse el colectivo. Ehh una persona que acompañe a ese chiquito. Eso requiere medios económicos, no tienen, entonces no lo hacen, entonces el tratamiento es incompleto, y el resultado es inferior, es de menor calidad. ¿Está claro?

E: Aja.

M: Se entiende bien.

E: ¿Y otras particularidades tiene?

M: ¿Qué posibilidades?

E: No, que particularidades, por lo que usted se refería recién, digamos, que es de un nivel psico social más bajo. ¿Qué otras particularidades tiene?

M: No, nada más que eso. Generalmente, generalmente, el paciente del hospital eh es menos, digamos, menos dependiente. El, el del hospital no viene buscando un determinado médico. En general vienen buscando la solución de su problema. No le importa quien sea el que lo atiende. No hay tanto vínculo médico paciente en el hospital, como en la actividad privada. Pero no porque el médico no lo busque es el paciente que no le interesa, no lo busca. Al paciente le interesa solucionar su problema y no le importa de qué manera. Si es Juan, Pedro o José le da lo mismo. Que hoy lo atienda Juan y que mañana Pedro a él no le interesa. Es más, más, más, más fría la relación, en el hospital. En la actividad privada no porque el privado busca a un determinado médico entonces el vínculo es mucho mayor, y la relación es más fuerte, y la curación es más rápida también porque se establece un lazo afectivo y el paciente cree más en el médico. Acá en la actividad del hospital es común que usted haga una indicación, el paciente se cruza con otro o una enfermera que le aconseja otro médico, va a otro, tranquilamente, lo larga al primero, no tiene ninguna, no le importa nada de su médico del hospital. El médico del hospital no le importa al paciente. Para el paciente, o sea para el paciente, el médico del hospital es nada. En cambio en la actividad privada es muy importante, el médico, para el paciente, porque establece, además, a parte de que paga por eso...

Nota del entrevistador: Ingresa apurado a la Sala un residente, dejando la puerta abierta. Cabe señalar, que el joven responde a los cuestionamientos con señas y ademanes, pero sin articular contestación verbal alguna. Por su parte el entrevistado afirma:

M: Cerrame la puerta. Che esteee ¿Estaba cerrada la puerta cuando vos entraste?, Dejala cerrada. Bue, exacto. Siempre hay que dejar las cosas cómo las encotraste. Cuando vos entrás, estaba abierta, la dejas abierta. Estaba cerrada, bueno la dejas cerrada. Bue

E: Usted antes me hablaba de que en la actividad privada el vínculo que usted establecía con el paciente..., era un vínculo más fuerte.

M: El paciente establecía un vínculo más fuerte.

E: Exacto. ¿Qué características, para entender bien, digamos a lo que usted se refiere o lo que usted entiende cuando habla de vínculo fuerte?.

M: Que el paciente confía en el médico, plenamente en lo que el médico le dice. En cambio en el hospital, desconfía permanentemente. Es totalmente distinto. Como el paciente no lo eligió al médico, sino que va al que le toca, el que lo llama. Viene un grupo en el hospital y te toca cualquiera. Entonces el paciente no tiene, no sabe si es bueno o malo ese médico, no conoce los antecedentes. Entonces al no conocer los antecedentes de su médico, eh, no lo respeta tanto, no le cree en lo que le dice. En cambio en la actividad privada sí. El paciente elige al médico, generalmente, porque lo conoció, porque atendió un pariente o un amigo, se lo recomendaron entonces va con una carga, una, una, un cierto caudal de confianza previa y lo deposita en el médico. Acá en el hospital no, entonces la relación no es..., es más inestable, pero es porque el paciente busca. Para el médico es lo mismo. El médico hace un un vínculo fuer... para el médico el enfermo del hospital o de la actividad privada es lo mismo, no hace distingo. Y el médico lo que quiere es tener éxito en el tratamiento. Pero cualquiera sea, en el hospital hace todo lo que tiene que hacer, como si fuera en la actividad privada. Más, a veces se hace más en el hospital, porque tiene a mano los recursos.

No tiene que andar en laboratorio, radiología, interconsulta, todo lo tiene aquí a mano. Entonces es más fácil, y hace más cosas. Casi diría que en la actividad hospitalaria se trata mejor al enfermo porque hay más posibilidades de interconsulta.

E: Claro. ¿Y los usuarios que asisten acá al hospital lo reconocen en los pasillos, lo paran, lo interpelan?

M: A veces sí, a veces sí. A veces no. ¿Los pacientes si lo paran al médico?

E: Sí

M: Sí, a veces sí. A veces lo paran para pedirle..., favores siempre, siempre le piden cosas. Cuando no falta el que le pide dinero para el trans… para el colectivo, pero estee. Sí lo paran a veces, sí. Y son agradecidos, no, no son malos, la gente es buena lo que pasa es que no, no, no aman intensamente porque no, no, no, no pueden, no sé. No hay un vínculo, como yo te dije, no lo eligieron al médico, el médico le tocó. Lo mandaron a tal consultorio. Me dijeron que vaya al consultorio número tres y entonces va al número tres. Pero no, ellos no lo eligieron, entonces.... Pero son agra... son agradecidos, son respetuosos, en general son respetuosos, son muy respetuosos, los pacientes. Y el médico también los tratan con respecto, acá en el

hospital son todos respetuosos. [...] Los pacientes del hospital son agradecidos, no, eso no se puede negar. Y si son de condición humilde, son, son son más agradecidos, son más respetuosos, son respetuosos. Pero no establecen un vínculo fuerte, afectivo con el médico. En la actividad privada, sí.

E: Y para Usted eh, que características tiene que tener un buen paciente, cuando usted dice, bueno este es un buen paciente, digamos, ¿qué caracteristicas tiene que tener?

M: Que tengan buena educación, buen nivel intelectual, para que entienda todo lo que usted le dice. Porque el grave problema nuestro es que los pacientes... usted le explica, le explica, le explica y no le entiende nada, con palabras sencillas. Entonces, a veces se lo doy por escrito, se lo damos por escrito, yo se lo doy por escrito. Indicación número uno, le pone un número y todo, número dos, se lo escribe con letra clara. Y si usted se olvidó de preguntarle si sabe leer y escribir, sonó porque muchos de ellos no saben, son analfabetos. Yo aprendí eso en el Hospital de Niños. Yo fui durante muchos años, hice cirugía plástica en el Hospital de Niños, veintisiete años. Y el problema que tenía, es que le daba ¿usted sabe leer? Sí, bueno le escribía. Entonces leame esto que le escribí. Ah no el que sabe leer es mi marido. Entonces me dí cuenta, los descubría que no sabían leer. Mentían. Dicen que sí, pero no, el que sabe leer es el marido. Pero muchas de ellas no saben, no sabían leer. Ahora cada vez hay menos, por suerte, gente que no sabe leer.

El principal problema en los hospitales, por ejemplo en el Hospital de Niños el nivel es más bajo que el de acá, en este hospital. El nivel intelectual. Gente más pobre, más, más, más abandonada, más estee.

E: ¿Y cuál es el objetivo, eh usted me señalaba recién el éxito, digamos, cuál es el objetivo que usted tiene cuando entra un paciente al consultorio?

M: Curarlo. Ayudarlo. Ayudarlo en todo lo que... Ayudarlo a ser feliz, a que el individuo cure su enfermedad o su problema. El médico le da todo al paciente para ayudarlo. El médico viene a ser una especie de samaritano, que da todo. Que en la actividad privada lo hace a cambio de dinero, pero... tiene que vivir también el médico también, ¿no?. Pero lo que el médico espera del paciente es ayudarlo, nada más, no tiene ninguna otra....

E: ¿Y digamos, eh, usted dice que le costaba que el paciente entendiera el problema...?

M: No, jamás, al médico no le cuesta. El médico se, se adapta al paciente, nada más que le, le lleva más tiempo.

E: Y cómo hace para explicarle, digamos...

M: Y con palabras más simple. Por eso el médico tiene que ser un individuo culto. No cualquiera puede se médico. Lo que, lo, lo los que mejor atienden a los pacientes son los médicos, son los más respetuosos, los respetan a los pacientes, los pacientes saben. A lo mejor no encuentran en otro nivel del hospital ese respeto que le da el médico. El médico le da mucho mucho respeto y lo trata como un ser humano. Lo trata bien.

[...] Se quejan la gente a veces, por ejemplo le voy a decir. Si usted se para ahí en el hall, ahí va a notar, se van a, se va a dar cuenta cómo.... La que atiende, eh, la que da los números, la que llama, esa a lo mejor no lo trata tan bien, lo trataaa mal, le contesta mal. Usted párese ahí eh frente al hall, y va a escuchar. Los tratan mal a los pacientes, no les dan explicaciones. En cambio los médicos todos le explican bien. Están nerviosas, las empleadas, no sé por qué. Le contestaaa, contestaciones poco claras... El paciente a veces no entiende... Y si es tímido oooo es de, o es del interior o del campo mucha gente que viene del campo, no se anima a pedir explicaciones y se queda sin entender. Pero no es porque, porque, la gente, la otra gente que está alrededor... que son..., no son médicos ¿eh?, ni enfermeras. Son, son empleados administrativos, esos son los que tienen más problemas en comunicarse, me parece a mí, con los enfermos.

E: ¿Para qué fue formado?

M: Para nada, para ser clínico general ¿no?. En la facultad te forman para ser clínico, médico generalista, son médicos generalista, hacen de todo, pediatría, obstetricia, ginecologías, algo de cirugía menor, cirugía de poco nivel. Una formación rudimentaria, digamos. Sabe muy poco de todo. De todo sabe un poquito. ¿eh? O sea de todo sabe un poco. No mucho. Hoy la formación es mucha más teórica, práctica poca.

C.I.1.c.

E: Y qué características… usted recién hablaba de los pacientes…¿qué características tienen los pacientes que vienen al hospital?

M: Y bueno antes, antes venían eh…qué sé yo, antes en la Argentina había una clase media grande, ¿no cierto? Ahora ha desa… ha desaparecido esa clase media, ¿no cierto?. Argentina era un país que se caracterizaba por eso bueno, ahora desapareció. Peroo dentro de esa gran clase media que estaba mejor y la clase media baja, ¿te das cuenta? Entonces, antes la gente que concurría al hospital era la clase

media baja que, que no tenía obra social, ¿te das cuenta? La más humilde, ¿eh?. Y… y bueno pero ahora vienen, vienen hasta los que tienen obra social vienen porque vos te darás cuenta que, que en un hospital atienden también por, por obra social, nosotros no nos pagan, nosotros tenemos un sueldo, ¿entendés? Lo que se le hace al enfermo se encarga de cobrarlo el hospital para la, eh para que, porque son hospitales de autogestión para mantenerse los hospitales. Porque el gobierno los ayuda, colabora por un lado ¿no cierto? Pero acá, todo lo que sea se lo atiende y después la obra social le paga el hospital y eso sirve para mantención del hospital.

Nota del Entrevistador: Interrupción en la entrevista porque ingresa una enfermera al consultorio para recordarle al médico que antes de retirarse pase a buscar un medicamento.

E: Y que… para…

M: [Interrumpe] Y yooo lo veo bien de que la gente eh… concurra al hospital. Yo soy un defensor del hospital cuando hay médicos que se ponen en contra del hospital y defienden estee, los sanatorios ¿me entendés? ¿Eh?

E: ¿Y por qué eligió esa, esta especialidad y no eligió otra?

M: ¿Por qué elegí esta especialidad?. Y bueno, primero porque así como elegí medicina que a uno le gusta, esta especialidad también eh, mee llamó la atención. Es decir, mee atrajo, ¿no cierto? y… estee [Tose] y otro de los motivos es porque uno cuando se recibe a veces, mirá también un poco, estee, el panorama, ¿eh? Vos te fijás a ver y a ver en otras especialidades a lo mejor hay muchos, ¿te das cuenta? [...] Y … y los urólogos no son de una especialidad muy numerosa. Hmn…

E: ¿Y por qué usted dice que le gusta la medicina?

M: Y porque no te sabría…bien explicarte no te sabría decir pero qué sé yo, yo ya estaba en la escuela eh, prácticamente terminando la primaria y decía que iba a estudiar medicina, ¿te das cuenta? Me llamaba, me llamó la atención la medicina.

Y una explicación así no te sabría decir porque fijate vos que en mi familia son todos eh, son casi todos mecánicos y tengo primos ingenieros .

[...] Yo soy el único médico de la familia, es algo que me, me llamó la atención eh… qué sé yo, no sé … ver… Yo me acuerdo que era chico y estaba en… el médico era distinto que ahora, vivía en, en una ciudad chica, en un pueblo, una ciudad chica Reconquista en el norte, y qué sé yo, y los médicos estee en esa época eran médicos de la familia e iban a los estee hacían visitas prácticamente a domicilio, eran ¿eh?… de, de los pacientes, ¿eh? Eran raros los que, los pacientes que iban a los

consultorios, ¿no cierto?, ¿eh? El médico atendía en el consultorio y después salía a ser visitas a … era el médico de la familia ¿hm? Y qué sé yo a lo mejor me llamó la aten… me atrajo porque qué sé yo, yo vivía en… al lado, mi papá, mi mamá y yo, yo soy el único hijo vivíamos al lado de mis abuelos, ¿te das cuenta? Al lado de la casa de mis abuelos y mis abuelos a cada dos por tres teníamos que llamar al médico que los venga a ver, y ¿eh? Que los viniera a ver porque ellos ya tenían sus niañas y yo era chiquito. Así que yo me acuerdo siempre de la… de la imagen del, del, del médico, ¿eh? Me acuerdo del doctor Margulli que era un médico que iba siempre a casa, ¿eh? A ver a mi abuela, a mi abuelo, ¿eh?

E: Y...

M: [Interrumpe, levantando el tono de voz] Y ellos me fueron estee, y ellos me fueron estee, no me fueron inculcando que yo estudiara medicina porque yo era chico pero, te quiero decir ellos me… me contaban como era la, la vida del médico, yo, incluso yo la palpaba, la veía ¿te das cuenta?

Y otros de los factores que, que puede ser, eh… es estee, otras de las causas, bah, es que …por ejemplo cuando yo le dije, le decía a mi papá que iba a estudiar medicina se ponía contento ¿se da cuenta? Y … en cambio mi mamá no, era directora de escuela mi mamá y mi mamá no quería que estudiara medicina, no quería saber nada con que estudiara mi mamá. En cambio, mi papá se ponía muy contento y yo a mi papá lo apreciaba mucho, a mi mamá también y… y fijate vos que estudié medicina y todo y cuando me faltaban dos materias para recibirme mi papá se murió de un ataque al corazón, así que no me pudo ver recibido. Pero por lo menos estee eh… tengo la alegría de que… yo me acuerdo que el se ponía muy contento cuando yo le decía que iba a estudiar medicina.

E: ¿Y cuál es su objetivo como médico?

M: El médico tiene la misión de devolver la salud, ¿eh? y cuando no puede devolver la salud ya, porque el paciente estee no se puede curar, ¿no cierto? tiene la obligación de mantenerlo con vida lo mejor posible, ¿eh?

[...] A vos en la facultad y en lo hospitales y todo eso, te enseñan medicina, ¿eh? te enseñan, es… es decir, sobre las enfermedades, cómo hacer los diagnósticos, cómo tratarlas, todas esas cosas ¿no cierto? Pero a lo mejor no te enseñan, en la facultad no te van a enseñar educación, ¿eh? No te van a enseñar a tratar bien a, a las demás personas porque eso es una cosa que ya viene de, de cuna, desde que vos naciste, ¿me entendés? En vez, en la facultad nadie me dijo que yo, yo nunca sentí que me, me dijeran que tendría que … no hay una materia de, de… digamos a vos te

enseñe a… educación y estee esas cosas para con los pacientes, ¿eh? Es una cosa que nace ya en la familia, después en la escuela primaria, en la escuela secundaria, eso ya lo vas, ya te vas formando vos.

E: O sea, que en la facultad nunca le explicaron, digamos…

M: [Interrumpe] No, no. En, en la facultad te enseñan, te enseñan el profesor de Clínica Quirúrgica te enseña Clínica Quirúrgica, el profesor de Ginecología te enseña Ginecología. No te va a decir, "mire si la tiene que revisar a la paciente, tápela no la tenga ahí desvestida que…" no, no, no. Te van a decir, usted revísela [Risas] y la tiene que revisar así, ¿te das cuenta? Y hay médicos estee que son estee, tienen eh, estee no digo más, más respeto o no, tienen más estee, más estee tacto, qué sé yo para revisar a los pacientes, ¿te das cuenta? estee… Estee, y… lo que pasa también es que depende mucho de la formación que uno traiga de la cuna, es decir, desde la casa. Eso que uno trae de la casa, eso es lo que estee se va a acoplar a lo que te puedan enseñar en la facultad, ¿no cierto? para tu relación con el paciente, ¿eh?

E: Y si tuviera que modificar algo eh… de la enseñanza que se le da a los futuros profesionales, ¿qué cuestiones modificaría?

M: Y claro lo que pasa es que en la facultad, estee es, aprenden todo la parte teórica digamos, como, yo también la he aprendido, ¿no cierto? Estee… y después uno se recibe. Por eso la medicina es una carrera estee que hay que dedicarse porque después de recibido hay que… falta la parte práctica, digamos ¿eh?. No es lo mismo leer en un libro los síntomas, los signos ¿eh?… y los estudios que se pueden pedir en distintas enfermedades que verlo en la práctica. Y en el hospital es donde, donde, donde uno va más estee a aprender, donde más va a ver porque viene mucha patología eh… de todas partes, ¿eh? Se ven cosas raras acá, ¿eh?

C.I.1.d.

E: ¿Y trabajás solamente acá en el hospital?

M: No trabajo también en la parte privada en la Clínica que tiene mi familia, estee trabajo a la… por la tarde ¿no es cierto?

E: ¿Y qué diferencias y qué similitudes encontrás en la actividad hospitalaria y en la actividad privada?

M: Bueno, estee básicamente no, no hay mayores diferencias más que el nivel socioeconómico con el que se trata. Es decir, a veces uno trata con pacientes un poco más cultos que, que exigen más explicaciones, que exigen estee entender qué es lo

que les pasa, ¿no cierto? Eh, vamos a cerrar un poco.

Nota del entrevistador: La médica al salir del consultorio junto con el paciente deja la puerta abierta y se escuchan las voces de la secretaria, quién está hablando por teléfono. Por ello, el entrevistado cierra la puerta.

M: Estee, que quieren, quiere saber de que se trata su enfermedad, de que se trata su patología, estee de… Y el paciente hospitalario un poco que, que entiende que lo que dice el médico es irrefutable aunque eso hay, hay alguna tendencia al paciente en general, eso lo noté más al principio, ahora los pacientes en general están más informados y eh… También el paciente hospitalario al que le llega por todos los medios, tiene más acceso a la información está pidiendo más explicaciones eh… Tanto eh… cuando las cosas salen bien, como cuando, a veces hay complicaciones quirúrgicas o en… enfermedades que son, no siguen la evolución, la evolución estadística más común. Estee se piden más explicaciones, y, y me parece bien que también esté pasando en el hospital. Estee como que se, se nota más informado ahora al paciente hospitalario. Pero siempre hubo una brecha más grande, es decir, el paciente privado pedía, entendía un poco más de que se trataba la cosa.

E: ¿Eh… para vos qué características tiene que tener un buen paciente o un paciente ideal?

M: Estee… el paciente ideal, y que sea culto, que entienda, es decir, que esté informado y que entienda lo que uno le explica. Eh… y que sea un paciente bien predispuesto, es decir, un paciente que, que confíe plenamente en el médico, que vaya al médico confiado y no al médico porque lo derivó la obra social, porque está dentro del padrón de prestadores de la obra social o porque atiende en este hospital que es el hospital donde se sacan turnos más fáciles. Es decir, que vaya específicamente a ese médico porque eligió ese médico, porque confía en ese médico, si ese médico soy yo, estee me gustaría tener estee...

[Fin de la cinta magnetofónica, casete]

[...] que lo elijan, van confiados al médico porque tiene referencias por, porque, porque ha tratado a algún familiar porque tiene buenas referencias del médico, ¿no?

Nota del Entrevistador: Ingresa una médica a realizar un estudio. Mientras lo efectúa, el usuario exhorta unos comentarios a la profesional. Situación que dificulta realizar la desgrabación.

Estee, bueno en ese grado de confianza fundamentalmente, eh, pacientes estee que vienen derivados por un familiar, por otro paciente, que vienen con el, con el

dato digamos, de que el médico es el indicado para atender en ese caso, ¿no cierto?. Por otro lado, generalmente dentro de la oftalmología cada médico es un sub-especialista, o tiene un área en la que tiene más conocimiento, se ha formado más eh, por ejemplo hay áreas de, de médico especialista en retina, médico especialista en córnea, médico especialista en una determinada patología. Y bueno, y uno si es especialista como en mi caso que tengo una sub-especialidad me gusta que el caso sea específicamente de eso, de esa patología y que el paciente venga referido eh… específicamente a mí, ¿no es cierto?

E: ¿Cuál es esa sub-especialidad?

M: La especialidad en mi caso es la retina y el vítreo. Todo lo que es el segmento posterior del ojo. Eh… esa es mi especialidad.

E: ¿Y qué patologías atenderías?

M: Todo lo que sea, eh, desprendimiento de retina, la retinopatía del diabético, todas las patologías inherentes a la, a la retina, que, que son muchas y un poco son las patologías no más complejas pero sí las que demandan más, más aparatología, más tecnología, y es en el que nos vemos limitado en el hospital. Pero precisamente es lo que te comentaba hace un rato, estee que es lo que estamos tratando de gestionar y ya lo hemos logrado de comprar aparatología destinada a eso y a otras especialidades, ¿no cierto? Pero hemos logrado un esfuerzo grande comprar aparatos de alta complejidad pero en base a esfuerzos personales, es decir, no contamos con el hospital para… para, para ese tipo de compras.

E: ¿Y por qué elegiste oftalmología?

M: Estee, bueno, oftalmología básicamente yo creo que la elección se hace porque la, la general que uno tiene por la clínica o por la cirugía. Es decir, al médico que le gusta más la, la medicina clínica y a otros que le gusta más la parte quirúrgica. Como a mí me gustaban las dos cosas y ésta es una especialidad que tiene las dos cosas estee, básicamente, es una especialidad bastante completa en ese sentido, estee, aparte porque tengo una familia de… yo ya soy la tercera generación de oftalmólogos. Tenía un poco más facilitada la cosa en ese sentido, ¿no? Con la clínica oftalmológica. Pero básicamente yo creo que la vocación es por clínica o por cirugía y esta es una especialidad que tiene las dos cosas.

E: ¿Cuál es tu objetivo como médico?

M: Eh, ¿el objetivo como médico? [Risas] Yo creo que eh, bueno lograr, lograr estee los objetivos concretos que tengo hoy día. Lograr determinadas eh, determinada

habilidad para técnicas quirúrgicas que no, no la realizan todos los oftalmólogos, ¿no cierto? Dentro de mi sub-especialidad eh, es una especialidad bastante compleja donde hay pocos especialistas y donde muy pocos médicos realizan esas intervenciones quirúrgicas. Bueno lograr, poder hacer esas intervenciones quirúrgicas eh, ese sería lo, el mayor anhelo, ¿no cierto?

E: ¿Y qué falencias o que cosas cambiarías en cuanto a la formación que vos recibiste como médico?

M: Eh, bueno lo ideal sería tener eh, un lugar del Estado, por ejemplo, un hospital que tenga eh, que tenga alta complejidad, es decir, el médico que se forma actualmente se forma en lugares donde se realiza atención primaria prácticamente y no tiene acceso es decir, después ese médico se formó y no tiene acceso, él no conoce bien lo que es la, el trabajo de más, más complejidad, o la cirugía de más alta complejidad, o los exámenes complementarios de más alta complejidad porque se formó en un hospital. Eh… actualmente hay algunos, algunos centros privados que forman médicos muy recientemente en Santa Fe pero eh… sí en Buenos Aires, o en Rosario que están autorizados para formar médicos y son centros privados. Entonces, eh… se tiene el acceso a esa, a esa mayor complejidad. Pero el mayor problema es ese, que se forma en los médicos en los hospitales y no tienen, no tienen más que atención primaria.

[...] Estee, también trataría de, de distribuir bueno, este problema tan grande que hay de ingreso irrestricto a la facultad, el exceso de médicos y de, de la formación, la cantidad de médicos que se están formando y que sobrepasan todos los, los eh, límites aconsejados por la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la relación cantidad de medios, de médicos en relación a la cantidad de habitantes y demás. Eh, pero, eh corrigiendo eso yo creo que no sería, no sería bueno, bueno que yo, elija ser médico por la cantidad que se tendría, se necesitaría que sea otra cosa si yo pienso globalmente en, en …pero evidentemente, la vocación me marcaría que tienda, que tienda a ser médico pero evidentemente está desfasado y casualmente estamos, estamos con, con estudios respecto a eso, con un trabajo respecto a eso, eh, la excesiva cantidad de médicos que hay en la Argentina, y de especialistas en oftalmología y demás. Excede a todas, ya te digo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Entonces, se entra en una especie de canibalismo, desnaturalización de la atención, de la relación médico paciente, de, de la, de la atención médica en general, ¿no cierto?

E: Vos recién me hablabas de la desnaturalización de la, de la atención,

¿cuándo te parece que una atención es desnaturalizada?

M: Bueno, cuando, cuando el médico hace este tipo de cosas, cuando obligatoriamente derivan a un determinado médico eh, una, un determinado, una determinada obra social deriva a un determinado médico los pacientes porque con ese médico pactó honorario o aranceles más bajos que con otro médico. Entonces el paciente va obligado a ese médico, se crea una relación, una relación de desconfianza entre el médico y el paciente. Estee que se atienden, para poder cumplir con esos... con esos honorarios que hay que atender una cantidad impresionante de pacientes en corto tiempo. Este... puramente por esa relación de cantidad médico, cantidad habitante que se encuentra alterada estee hay que trabajar, hay muchos médicos que trabajan de esta manera, y entonces altera la relación médico paciente trabajando exclusivamente para cumplir con lo económico o con, por la atención menos cantidad de tiempo, pacientes que vienen, que vienen de un, ya derivados, pero fundamentalmente eso, ¿no cierto? Se desnaturaliza en ese sentido.

C.I.1.e.

E: ¿ Y qué particularidades posee el usuario que asiste a la institución?

M: ¿En qué aspectos?

E: En general, digamos…

M: Pero puede ser en cuanto a la parte, no sé cultural, económica, so…

E: Aja…

M: Esta institución yo diría que así en general tiene… atiende gente de barrio, eh… atiende gente de clase media podríamos decir, y media baja. Es decir, no tiene, este hospital así en general no tiene un perfil de ser una institución de atender a la gente más indigente, no. Yo creo que la parte más indigente va hacia el piloto, generalmente… aquí vemos obreros … gente de barrio con trabajo irregular, también se ve gente de clase media.

E: Y cuando vos hablabas, cuando vos hablabas hoy por ahí del usuario que venía a la institución que te parecía que no era un usuario tan indigente como el del usuario del Hospital, del Hospital Cullen...

M: [Interrumpe] Sí, es una sensación, yo no hice ninguna entrevista, ni lo fui a perseguir, a la casa para ver que, que vivienda tiene y todo, es una sensación así…que uno tiene…

E: Y … eh vos por ejemplo que hiciste la residencia o tu especialidad en el

Cullen, y ahora estás trabajando acá en el hospital eh… por ahí en la, en la forma de explicarle digamos a los pacientes en cuanto cuál es su diagnóstico, cuál es su tratamiento notás alguna diferencia con respecto…

M: [Interrumpe] Y bueno sí. [...] Obviamente trato de trasmitirle al paciente lo que el paciente tiene con la mayor veracidad posible pero… para que tenga su… tratando de adaptarse también al nivel de instrucción que tiene, para que lo entienda. Eh… yo, es decir, también el paciente en general, el paciente del Cullen es de menor índice de instrucción el del Cullen que el del Iturraspe, en general. Por lo menos de la experiencia que uno tiene, de lo que pasó. En realidad yo, respecto del Cullen no estoy tampoco muy actualizado porque yo trabajé ahí hasta el año noventa, noventa y uno. De ahí en más hace diez años que estoy aquí así que no te puedo dar tampoco información actual respecto a eso.

E: Y para vos, eh... ¿qué particularidades tiene que tener un paciente para que vos lo designes como un buen paciente?

M: [Breve Silencio] Bueno, una pregunta un poco… eh…no es muy clara esa parte pero…

E: [Interrumpe] Ah… no…

M: [Interrumpe] Sin decir…estee… mas o menos te digo normalmente siempre hay una, tiene que haber una buena relación médico paciente, es decir, el paciente tiene que estar dispuesto a colaborar con el médico y el médico también con el paciente. O sea, esa sería un paciente dispuesto estee… que, que le cuente todo lo que, que diga todo lo que tiene que decir relacionado a su problema, que, que siga las indicaciones que le damos, que, que haga todas las preguntas que, que quiera. En fin, ese es un buen paciente y que siga fundamentalmente, confíe en el médico eh… es un paciente, es un buen paciente.

E: ¿Y cómo está dada para, para vos es “confianza”, en qué cuestiones puntuales?

M: No sé, esa… la pregunta …

E: Disculpame. No… en qué aspectos puntuales, o particulares o que…

M: [Interrumpe] No… la confianza, primero que la confianza es una palabra un poquitito, eh… difícil de definir, viste. Es una situación que, que se da o no se da…la situación de confianza.

E: Aja…

M: Pero normalmente el paciente viene trae ya cierta predisposición a la confianza porque si vos hacés una consulta, va, vas a contar su problema, lo vas a confiar ese problema y de acuerdo a la respuesta que tenga del otro lado va a confiar más o menos, es decir, siempre es importante esa relación que hay en una entrevista entre un médico y un paciente perooo … cuestión puntual no… no sé qué es…

E: No claro. Yo concuerdo con vos que la palabra confianza es realmente difícil de definir por eso te decía si la …

M: [Interrumpe] Se da…

E: Claro ese "se da" en qué cuestiones las vez materializada, digamos…

M: [Interrumpe] Aparte todo también depende de la personalidad de las personas, de la personalidad del paciente. Hay pacientes que son más reservados, hay pacientes que son más cuenteros y la personalidad del médico también tiene mucho que ver. Siempre hay una mínima confianza porque siempre se establece una relación eh… que depende de las personalidades también depende del, el problema que se plantea, depende de un montón de cosas cada como… como somos todos distintos cada cosa es distinta también…

E: ¿Y… por qué elegiste esta especialidad?

M: Hmn…por una cuestión de, de gusto en su momento, o sea, en su momento me gustó y … en fin, alguna afinidad por… uno a veces elige y no sabe bien por qué. Pero en determinado momento te gusta más, o tenés más afinidad por, por lo de traumatología y elegí simplemente por, por eso.

[...] Puede ser en su momento por, por la relación eh… de, de anatomía y de miembros y de columna. Yo fui ayudante de anatomía y allí, me gustó esa parte de la especialidad porque es una especialidad que tiene que ver también un poco con, con lo que es la, la patología y la anatomía de miembros, de columna, en fin, toda la parte traumatológica también. En fin, en todas las lesiones articulares y bueno, me relacioné con esa parte de la anatomía y después seguí con esa parte de la patología de esa anatomía normal. En fin creo que tiene que ver un poco con eso, en fin supongo que puede ser por allí.

E: ¿Cuál es tu objetivo como médico?

M: [...] Lo nuestro es brindar un… o sea, el trabajo médico es brindar un servicio para tratar de resolver el problema. Si ese problema está resuelto o por lo menos está… uno brindó el mejor servicio posible eh… la gente esté conforme, esté contenta con esto es… lo importante.

C.I.2.a.

E: ¿Y qué particularidades posee el usuario que asiste acá a la institución, el usuario que viene al hospital público?

M: Bueno, eh… en general viste son gente muy careciente, con muchos problemas, que tenés que prever todo. O sea la medicina generalmente es evolutiva, es una cosa dinámica y vos tendrías que controlar permanentemente a los pacientes. Los pacientes no se pueden movilizar muchas veces, por eso se creó el concepto de área programática, concurriendo el médico al paciente porque esta gente que a veces, no se puede mover, y ahora últimamente… no se puede movilizar por razones económicas. Vos le decís, venga mañana a ver como está su bronquitis, a ver si no hizo una neumonía y pobre paciente se complicó y… corre riesgo de vida, porque no puede tomar otro colectivo o porque no puede venir.

Estee… y últimamente ha ido cambiando, ha venido ya la clase media, clase media baja, clase media alta. Y es muy habitual acá las chicas lo conocen precisamente cuando hay servicios que se han destacado por su actividad científica o son muy críticos, Servicio de Oftalmología, Servicio de Inmunología, Alergia vos ves venir gente con autos importados a hacerse la consulta porque eso es lo que también, es decir, porque el hospital no escapa al concepto general de la sociedad que la salud si es preferible no pagar mejor. Entonces, entramos en el concepto estee económico actualmente que todo lo bueno tiene que salir caro, o tiene… o puede costar más y resulta que la salud cada vez más buena tiene que ser cada vez más barata. Cosa que es muy difícil conciliarlo, ¿no?

E: Ehhh… se acuerda usted que antes de las vacaciones, usted me decía como que recordaba la actividad en el hospital a ci… al libro de Sarmiento “Civilización y Barbarie” , eh…

M: Claro

E: Eh… ¿a qué se refería con eso?

M: Y de que… bueno, yo eestee… el tema es que, es como yo te decía tenés que tratar con gente muy difícil, con gente muy, con muchos de información, con muchos problemas culturales y, y uno tiene una situación de privilegio ¿me entendés? Entonces, te tenés que tener mucho cuidado con la gente, la gente no entiende, gente muchas veces… no estoy, no estoy generalizando, pero la mayoría de la gente tiene un nivel de educación que vos ves, no se higieniza, no se viste bien, no se alimenta bien, y de ahí partir de un proceso de una enfermedad, que ya sus condiciones mínimas de vida están muy mal dadas. Entonces te… vos te encontrás con gente que

es sumamente difícil de solucionar el problema yyy vos sabés que si esa persona corre el riesgo de vida, o llega a tener una muerte, habitualmente se transfiere, se transfiere estee… automáticamente la responsabilidad al profesional que actuó. Cuando es toda la sociedad… Esto lo hago, siempre lo hago porque me ha llevado por comparación este mire es como si nosotros hubiéramos ido a las Malvinas con una gomera. Entonces a nosotros nos ponen a atender a la gente muchas veces con, con condiciones muy precarias de trabajo, ¿no? Y sin embargo, se logra muy buenos resul… a veces bastantes buenos resultados para las cosas… por la forma en que se trabaja.

E: Y el paciente, y el usuario que viene…

M: [Interrumpe] A eso está referido de lo que era, la, la gente… También Sarmiento decía que la ignorancia ofende, o sea, que dicen que tienen, tales concepto, tal bar … que es algo terrible ¿no cierto? Y siempre lo atribuyen a, a, a la medicación o al médico, ¿no? [...] Acá hay muchos problemas de tipo personales, familiares. En este momento, por ejemplo, nosotros antes calificábamos como un síndrome a esto, nosotros hemos tenido dentro de estos diez años… Síndrome es un conjunto de síntomas y signos que fueron derivados de la crisis económica, no te digo para que no nos consideren de ninguna… pero, pero…más de uno te lo va a decir porque depende muchas veces de su… sus amorcitos políticos, ¿no cierto? Porque no tiene nada que ver con lo que yo te voy a expresar … pero nosotros, yo lo sintetizaba en el síndrome del Menemistico, síndrome de Memen se llama, síndrome de Memen. O sea, la p… el paciente que habitualmente con militancia peronista por ejemplo, que apoyó, que está convencido viste, porque tuvo una … un adoctrinamiento que vos sabés como viene el tema, bien enfilado a, a un … han trabajado mucho sobre eso, en otros tiempos y se encuentra ahora desamparado, se encuentra totalmente perdido. En un momento dado tenía trabajo, lo indemnizaron o no, quedó sin trabajo y tenía un buen pasar y ahora se encuentra con que ha involucionado. Que debe ser lo más feo que hay, porque a veces, no es que yo acepte ninguna de las dos cosas … Pero una cosa es la persona humilde que está acostumbrada, pero la persona que ha tenido sus medios y vos ves que no te podés renovar tu camperita, y se te va ensuciando y se te van rompiendo los zapatos y te vas quedando sin hambre y no vas pudiendo, no vas pudiendo alcanzar tus objetivos, y vas involucionando. Entonces, yo creo que para no tocar ese tema, así como digo menemístico sin ningún lugar a dudas, es un síndrome de involución. Cómo acepta una persona que tenía un determinado nivel de vida, a venirse para abajo, como dice. Entonces acá es evidente el pavorismo, no saben a quien… para colmo como tienen sus afectos políticos, no encuentran a quién echarle

la culpa. Antes eran los otros, ¿no cierto?, ¿no sé si me entendés? Los otros porque no saben hacer, que son unos inoperantes y ahora, resulta que han tenido diez años y resulta que están ca… se han quedado en la calle. ¿Y a quién le echamos la culpa, ahora?

E: Y ese síndrome…

M: [Interrumpe] Antes eran los gorilas, qué sé yo [Risas] y ahora los gorilas, ¿cuáles son?, ya hemos perdido todo.

E: ¿Y ese síndrome para usted cómo se ve materializado en la consulta, digamos, eh…?

M: Ya te digo, por el, el, en el desánimo total. Muchos cuadros depresivos, severos trastornos de alimentación, de higiene, de gente que estaba acostumbrada a bañarse, ¿qué sé yo? Ahora, no se puede bañar a veces, ni agua caliente no tiene, en fin, se van precarizando sus condiciones de vida, y esa gente se reciente muy mal.

E: ¿Y por qué eligió esta especialidad?

M: Porque en general yo creo que viene de la formación enciclopedista que nosotros tenemos de la… en todas nuestraa, en todas nuestras carreras, es muy enciclopedista la formación de los profesionales de Argentina. Entonces, es tan general laa, laa formación del médico que cuando uno quiere especializarse le parece que no ejercería la medicina. O sea tiene una tendencia abarcativa de todo. Y en realidad no es posible, entonces... ¿me entiende? Cuando nosotros estudiamos, nos recibimos y decíamos, bueno claro, pero ¿quién va a hacer ojo? Hacer ojo es como si vos no fueras médico y no tiene nada que ver. Es un concepto totalmente errado. Pero es por la formación … de uno. O sea, una formación sumamente amplia, muy, muy amplia desde el punto de vista teórico, porque a veces eso no significa que sea bueno, ¿no? Y entonces, a veces no concibes estee… no concibes ejercer una, una determinada especialidad. A tal punto que por ejemplo, eh una especialidad muy crítica que yo he hecho, lo he hecho y he renunciado que es la anestesiología. Y uno cree que … claro una especialidad de riesgo, una especialidad descalificada... de las críticas pero viste, no hace al examen del ser humano, en forma integral y su función de todos los órganos. Entonces, de ahí te vas inclinando y te vas quedando relegado a veces por razones de trabajo, condicionado por el trabajo, yo soy un médico de cabecera del PAMI. Entonces, tenés que tener la especialidad de clínica médica y siempre nos gustó por supuesto, es una de las materias más amplias del, de la medicina.

E: ¿Y usted, eh… para usted cuál es el deber que usted tiene como médico?,

¿su objetivo?

M: Nosotros, intentar todos los medios que tenemos a nuestro alcance para solucionar un problema de salud que tenga el paciente, que hace a su bienestar de tipo físico, psíquico, ¿no cierto? un concepto de lo que es salud, eh… [...]

E: Antes me habló del "orgullo médico" ¿se podría explayar un poco en eso?, ¿A qué se refería?

M: No porque la, la, muchas veces la gente dice "si, porque el colega, el médico, que no se puede hablar", qué sé yo, porque esto y el otro. Porque muchas veces también la sociedad lo hace. O sea, te coloca en un nivel, en un pedestal que no es tal, no, no sé si vos me entendés, que establece una distancia. Que ojo, que por eso de lo bien entendido porque a veces ese tipo de situaciones es terapéutica, ¿no sé si vos me entendés? Cura, o sea, no es lo mismo cuando vos establecés una confianza tal que me decís "éste que me va a curar" porque qué sabe éste, quién es. En cambio cuando vos le tenés el debido respeto que es una situación lógica que se establece de por sí no porque el otro tenga, hay personalidades sumamente desubicadas, pero se establece de por sí. Entonces, eso es terapéutico porque cuando vos le decías… es como, como el del al lado triunfa, decís "que va a triunfar éste que era, que jugábamos de chico". Y bueno el médico cuando vos tienes esa relación médico paciente perfectamente bien establecida, respetuosa. Bueno, eso es terapéutico. No es que tiene que estar en un nivel superior el médico. No, de ninguna manera, de igual a igual. Pero tiene, tiene una trascendencia su, su per…, tiene que tener una trascendencia su personalidad porque sino no es curativo eso, el paciente no le establece confianza. Yo tengo una manera de ser de dar mucha confianza a la gente que a veces no es bueno, no es bueno, me doy cuenta que no es bueno.

E: ¿Por qué le parece que no es bueno?

M: Porque la gente te, te pierde confianza, te pierde confianza… Establecer un límite muy difícil entre lo, entre lo, entre lo reservado y eh… o el médico del palmoteo decíamos nosotros, el que palmea muchas veces, lo que pasa es que es gente que no, no, no… A pesar de que acá hay consideraciones que no se deben hacer por el nivel cultural de la gente, de la mayoría de la gente es importante que vos tengas un… una distancia. Pero no porque sea más importante el médico, sino porque es importante es para, para, para el objetivo curativo de la situación, ¿me entendés? Si vos lo ves un, un trapo, es decir, un tipo que no te merece confianza… y bueno…

C.I.2.b.

E: ¿Qué particularidades tiene el paciente que asiste al hospital?

M: El paciente del hospital, lo que uno..., si bien cada vez uno nota que hay mayor demanda, estee, mayor exigencia, el paciente del hospital es un paciente más confiado. Este, confia... por eso te digo que es más fácil inclusive el hecho de este, la relación médico paciente, ¿eh? porque vos notás que la confianza es de entrada, viste. Mientras que por ahí este, se da también que se da que los médicos somos muchos, este, que cada vez se conocen más cosas de la medicina, entonces el paciente, viste, cada vez, eeste, te pone, tee..., te pone en una situación tal donde te exige a vos estee, respuestas concretas, viste. Donde por eso mismo la medicina es cada vez más objetiva.

¿Viste que ahora se habla de medicina basada en evidencias? Entonces, de pronto viene a lo mejor un paciente que me dice: porque yo tengo palpitaciones, ¿no? Entonces vos le haces un…, enseguida te ubicas de que el paciente no tiene patología cardiaca. Sin embargo, a vos te hace una pregunta, como por ejemplo te pregunta "¿y yo no, me puedo morir si hago tal cosa?". ¿Entendes? Entonces es en el momento donde vos tenés que documentar todo eso y entonces ahí empezás a hacer los estudios, que a lo mejor si hubiera una confianza del paciente, este, se generara así una relación diferente, vos no necesitarías hacerlo. En este caso lo necesitas hacer hasta por cuestión legal. ¿Entendés? Porque vos necesitas el día que tengas algún problema mostrar, este los estudios, este, los documentos, ¿no? Documentos le llamamos al hecho de tener registrado. ¿Entendés?

E: Ajá

M: Eso es lo que uno ve que... que cambió. Yo te diría que yo ya no viví la otra medicina, ¿no? La medicina, viste, donde te habrán dicho que el paciente se entregaba totalmente al médico, ¿no?, este, había una… enseguida una... Eh, yo no digo que al médico se lo ponga en un lugar de incuestionable, ¿no? Un dios. Pero hay una cosa que se tiene que dar si no es muy difícil trabajar. Una confianza mínima, se tiene que dar, ¿no? Estee. ¿No sé si eso vos lo has notado en tus entrevistas?

E: Lo que pasa es que son las primeras [risas]

M: Las primeras, claro.

E: Antes mencionaste que en el hospital es el lugar que favorece una buena relación entre el médico y el paciente. ¿Para vos cuál es la relación médico paciente ideal?

M: [Silencio] Donde uno está cómodo de los dos lados. Yo creo que este… Hay veces que un paciente, por alguna cuestión uno siente rechazo, viste y vos ya sabes que, este, no lo vas a lograr, ¿no? Y por suerte también somos muchos médicos entonces vos por ahí también podés, derivarlo a otro, ¿no? [Risas]

E: [Risas]

M: Claro porque por ahí eso ya se interpone, ¿no? Yy, este, y la otra es aquel paciente que se permita, este, primero que, este,... [Silencio] Yo creo que, que te pueda escuchar y que, yo a su vez pueda recibir de él ¿no?, este, que… Porque hay pacientes que, yo no me logro relacionar porque a lo mejor no me logran trasmitir lo quee, lo que sienten. Y bueno. En cardiología a veces eso no es tanto problema, porque en cardiología somos bastante, objetivos, ¿no? Yo de pronto a veces a un paciente sin que me hable yo puedo, este, evaluarlo a lo mejor. A lo mejor, viste, porque puedo tener una radiografía de tórax, puedo ver el electrocardiograma, puedo tener... Tengo a mano todas cosas que son muy baratas, ¿no? A lo mejor no le ocurre a otra especialidad eso, que necesitan más de lo que transmitan, ¿no? Este y, y la otra cosa, esa cosa que se da a lo mejor sin decir es, ya te digo, esa confianza del paciente que, este, deposita en vos, este, una confianza y que se nota, no sé si se nota a través de que, de que cumple el tratamiento que vos le decís, de que, este, de que viene a los controles, viste. Yo creo que, este, fundamental es eso, una relación que te permita sentirte cómodo. No sé cómo trasmitírtelo en palabras pero vistee... Viste que uno se da cuenta cuando hay algo, que, que sé yo, de piel viene la mano pero, este, entonces. Eh… por ejemplo a mí particularmente, rápidamente, este, el paciente, este, que entra a cuestionar, mucho y de entrada por ahí entra a cuestionar de que a lo mejor, ya lo entraron a tratar mal de adelante, viste que hay pacientes que entran, estee. Inclusive vos no sabés para que han ido a la consulta, viste. Entonces ahí yo ya sé que no se va a dar una buena relación, viste. Y es raro que se de. A veces sorprendentemente después se tuerce y bueno, y vos, este, vos podes lograrlo, ¿no? Pero a eso me refería, ¿no? Esa comunicación que yo creo que debe ser mutua, ¿no?

C.I.2.c.

E: ¿Cuáles son las características del paciente que asiste al hospital?

M: Para decir bueno, las características del paciente. Obviamente muchos de ellos son indigentes, eh... están mucho más enfermos tal vez sea porque... Por un lado, porque no tienen la medicación necesaria y por el otro lado, porque tienen carencia de todo tipo. Desde alimentaria hasta sociales, ¿no? De todo tipo.

Entonces un paciente reumático que vive, que puede hacer su tratamiento con los mejores medicamentos, que vive en una buena casa con confort, que en invierno tiene calefacción y tiene agua potable... la pasa mucho mejor que, que el otro, ¿no? Eso es en nuestro caso.

Pero sí, la gente es muy, muy distinta y a veces estee… se ve esa dependencia ya patológica, ¿no?, porque depende de una para todo, pero no de uno, de la institución; porque la institución a su vez tiene que dar todo, ¿no?...Y por ahí no es tan así, es cuestión de política.

E: Y e.. en qué vez que dependen de la institución en todo digamos, o sea, a que te referís con ese "todo"...

M: Todo… porque te vienen a pedir un certificado que no pueden trabajar para que le den la leche. Te vienen a pedir un certificado que no pueden moverse para subir gratis a los ómnibus, estee... es todo, es todo. Como que el Estado tiene que darles todo. Y el Estado tiene que darles trabajo, si ellos tuvieran un buen trabajo... o educación, esta cosa no pasaría distinta. Entonces, te piden tanta cosa, por eso son distintas las cosas.

El otro paciente de la parte privada no, va por su patología por ahí te cuentan sus penas... pero nada más.

E: ¿Es cómo que te sentís más responsable digamos, del paciente en la parte pública?

M: Sí más responsable y más asfixiante porque uno en la teoría debería tener una responsabilidad médica, nada más. La social es... está bien están los asistentes sociales pero interviene todo un equipo pero bueno, es como que recurren más al médico...

E: ¿Los usuarios que asisten al hospital te reconocen en los pasillos, te paran, te preguntan...?

M: Sí. Si eh… te reconocen a tal punto que a veces no podés llegar al consultorio. Si te sentís que parece que sos Luis Miguel porque entrás... A veces yo sé que va a pasar eso y entro por, por otra puerta. No, no podés llegar al consultorio para empezar a trabajar. Pero a veces por simples cosas, eh... Cosa que no pasa en la parte privada. Por eso yo digo que ahí hay algo… la dependencia total.

E: Eh... la pregunta va dirigida hacia cómo juega esa dependencia del paciente, ¿si?, hacia vos en el diagnóstico y el tratamiento, digamos en la parte más terapéutica. Si te juega a favor, digamos en el caso si te hace caso a lo que vos le decís.

M: Sí, sí... sí... Yo, yo te digo, te hablo de una dependencia social. Viste, hay muchos que tienen una patología severa y sí tienen dependencia emocional pero punto. Es más social el tema.

E: ¿Y a qué te referís con un problema social?

M: A todas esas cosas que te demandan. Cosas para que poder viajar gratis, para que le den los alimentos, para que le den la caja de la leche, para ir a Acción Social a conseguir los remedios que no hay en el hospital o para ir a otro consultorio. O sea, no es como en la actividad privada que atendés: qué le pasó, cómo empezó... todo esto. Bueno, lo recetás, le decís los remedios, es decir, los estudios de acuerdo al diagnóstico, la medicación y al tratamiento, venga al mes y punto, se cumple. Esto no, esto no porque es todo traba, todo traba social.

E: Y para vos digamos, ¿cuál sería un buen paciente, un paciente ideal? No sé si la palabra es ideal, un paciente eh... que vos digas, éste es un buen paciente.

M: Un buen paciente para mí en realidad es absorber un paciente que recién comienza con su patología, que me entienda lo que tiene, que tengamos un ida y vuelta en el diálogo y que bueno, que tenga buena respuesta, que pueda hacer el tratamiento porque hay gente que no lo acepta. Eso es lo ideal para cualquier médico de cualquier orden, ¿no?

E: ¿Para qué crees que te ha formado la facultad?

M: ¿Para qué creo? Para ayudar desde el punto de vista por lo menos de la salud y demás a los que me necesitan.

C.I.2.e.

E: ¿Y qué particularidades para vos tiene el usuario que asiste a ésta ins… institución?

M: Es muy polimorfo en realidad porque en realidad eh, uno siempre pensaba que el paciente que carecía de obra social y que tal vez eso iba acompañado eh, por supuesto no siempre de un nivel de educación, por, por estudios primarios o, o secundarios incompletos eh… Pero en realidad no es así, es muy polimorfo. Si me preguntas con respecto a mi especialidad, yo en general veo también gente de diversas edades, es decir, veo gente joven, adultos yyy ha… gerontes o sea que también es heterogénea la población que yo atiendo. Eh… también es heterogéneo el nivel de información que tiene, porque muchas veces justamente a partir de esto que te digo de que hay mucha gente que tiene obra social y no la usa porque no quiere

revelar su diagnóstico, en el caso de enfermedades trasmisibles. O eh… la obra social eh… no le ofrece una cobertura como para que ese paciente no tenga que solventar realmente pueda económicamente. Entonces acude al hospital donde sabe que no le va a cobrar nada, ni el tratamiento, ni la asistencia, ni la internación. Entonces, como vos veras es realmente muy polimorfo y yo creo que cada vez es, es más heterogénea la población que uno atiende, en cuanto a educación, recursos económicos y tener o no cobertura eh… social o tener o no eh, laboralmente hablando estabilidad o inestabilidad. Es muy heterogéneo y te diría que en el mío se marca mucho más pero yo creo que en otras especialidades no, no está tan lejos, en comparar.

E: ¿Y… por qué elegiste medicina?

M: ¿Por qué elegí medicina? Eh…me decidí a los doce años de edad y lo tengo bien presente porque en realidad cuando estaba en séptimo grado eh… tuve que preparar una clase de sangre: glóbulos rojos, blancos y plaquetas y fui a un libro digamos, eh, que había dando vueltas por ahí en mi casa eh… donde preparé, e hice láminas y di la clase y dije: “esto es lo mío”. Esto es lo mío. Eh… y después digamos que ya tenía cierta inclinación o me cautivaba todo lo que era las ciencias biológicas y durante mis años de secundaria, ya a los quince había definitivamente determinado que iba a ser médica, bueno, y seguí con bachiller biológico, tenía mucho facilidad, mucha avidez por aprender todo lo que hacía a las ciencias naturales y biológicas. Y bueno, no tenía absolutamente ningún tipo de duda, no necesité test ni consejos ni tenía exposición previa a familiares médicos, porque no tenía familiares médicos estee así que fue una decisión absolutamente con… consensuada para mí misma, digamos estee… Creo que no me equivoqué. [Risas]

E: ¿Y… para qué te formó la facultad, cuál es tu deber cómo médico? O sea, ¿cuáles son tus objetivos como médico?

M: Qué pregunta, después de la muerte de Favaloro la verdad es que eh, hace una semana te hubiese contestado una cosa y esta semana probablemente otra, o no. Hmn, eh… bueno, yo ya tengo ¿cuántos años de recibida? Me recibí en diciembre del ochenta y cinco, o sea que varios años ya de recibida, y… en realidad eh, a mí en lo particular tuve la suerte de tener un época excelente eh, porque yo estuve en la universidad de Rosario cuando Rosario era alg… una de las mejores facultades del país, donde realmente se estudiaba. No, no donde ocurren, ocurre las cosas que ocurren en los últimos años que con esto de que el ingreso es irrestricto, se supera, se satura la capacidad de las aulas, de los docentes, más los sueldos del los docentes, malos sueldos de los docentes los cuales pierden el incentivo, no hay inversión en, en

educación y todo. Bueno, no me quiero ir del tema, ¿sí?

Es decir, a mí me tocó una época de oro de la facultad eh, entonces yo tuve una formación muy prolija porque era, eh, porque el ingreso era res… restringido habíamos entrado doscientos eh… realmente todo funcionaba bien y realmente fue muy buena la camada digamos que de médicos que, que en general ¿no cierto? de los que tuvimos esa promoción. Entonces, la, la información científica era sólida y bueno, pues uno hace su camino con las sub-especialidades, ¿no cierto? Que también fueron buenas en lo particular, eh, hmn porque fue uno de los hospitales de referencia a eso voy, ¿no? Fueron sistemas de residencias por los cuales uno buscó sus, sus especialidades. Cuando uno sale de la facultad, sale, en lo personal como diciendo el espadachín que va a salvar al mundo, o que vino a este mundo para salvar a la gente y ese tipo de cosas. Con los años uno se va dando cuenta de que eh, un poco lo que le pasó a Favaloro, ¿no? que choca. Yo creo que él dejó un mensaje eh… tan claro, tan claro y tan dolorosamente claro para toda la comunidad, para… científica o sea para todos los médicos y la gente en general porque yo creo que eso resumiría un poco lo que nos está pasando en el país. La medicina está muy mal, eh, acá se invierten millones de dólares en comprar, vender un jugador, o en resucitar un cuadro de fútbol, y no se pone un peso en medicina. Y alguien que tenga ese tipo de mentalidad, cuando digo alguien digo hablo de las…, ni, ni me meto en los gobiernos por supuesto, ni en lo político, ni nada, no sólo la actitud del ciudadano argentino sino en quienes son los administradores de salud y no invierten y no tienen conciencia de inversión en salud. Eh, que creo que hace a la idiosincrasia del argentino, o sea, que va mucho más allá de las autoridades de turno eh, la cosa va a seguir mal y peor también, ¿eh? Es decir, si vos me preguntás yo estoy absolutamente decepcionada de la política de salud que he vivido en éstos últimos años y ni que hablar con crisis que están ocurriendo por ejemplo los pacientes. Te doy un ejemplo práctico, un paciente con sida inicia su tratamiento y vos le pasás toda su vida diciendo de que no omita ni siquiera una dosis porque el virus aprende fácilmente a hacerse resistente al tratamiento, ¿qué pasa? El plan nacional pasan dos o tres semanas que no le entregan las drogas, dice: “¿y doctora no es malo que yo omita dos semanas sin tomar tal o cual pastilla?” Y vos que le tenés que decir, “sí, es malo. Te acordás que yo te dije que ni siquiera una podés prescindir”. Yo no te puedo solucionar el problema, el hospital no te puede solucionar el problema, eh… Nación no te puede solucionar el problema ¿dónde está la plata?, ¿dónde están las drogas?, ¿dónde la cordura de, de decirle a un paciente que lleva una información que es la real y la avalada científicamente y la realidad de ese paciente es otra. Se siente mal el paciente, que es

el primero, su principal víctima. Yo creo que los médicos que estamos en la atención del sistema de salud de este tipo, público, con sida ni que hablar también nos sentimos víctimas, o sea que el malestar realmente es muy grande, hay gente que ha… hay muchos médicos que se han enfermado, renunciado porque no ha podido soportar, yo en lo personal no sé hasta cuando voy a soportar esto, sinceramente. Por eso te digo, traigo más allá de lo anecdótico de Favaloro. A él le pasó algo similar lo que pasa es que bueno, él eh, digamos está, estaba eh, qué sé yo resumido en un ejemplo moral y científico muy fuerte e hizo algo muy fuerte que es suicidarse en alguien que uno no pensaba que lo iba a hacer. Entonces, yo creo que él es un poco laa… el paradigma de lo que está ocurriendo el malestar en salud, en este caso privado pero en estatal está igual o peor.

E: Y para vos después de Favalolo [Risas], ¿cuál sería para vos eh… eh, tu objetivo como médica?

M: Mirá, tratar… mi objetivo principal sería eh, digamos no condicionar digamos, mi actitud eh… científica y la buena predisposición que uno tiene para seguir adelante eh… en lo que hace a mi tarea asistencial, aunque uno tenga la sensación constante y real por otra parte, de que es un voluntarismo propio porque es como remar contra la corriente todo el tiempo. Eh, no quebrarme ¿eh?, no quedarme en, en que las cosas son imposibles. Por ejemplo esta nota, tal vez sirva para algo o no, porque imaginate no me voy a comparar con eminencias como Favaloro ni muchos menos. Pero es un poco la realidad de cualquier médico, de cualquier hospital público que tenga dos neuronas y que realmente sea responsable porque capaz que vos por ahí entrevistás a otro que viene ficha y se va, desaparece, vuelve a fichar y entonces bueno. No tiene idea de lo que ocurrió porque no trabajó y bueno eso también es otra realidad también. No la vamos a ocultar. Entonces, los que realmente estamos comprometidos con el hospital y con la medicina y con los pacientes somos los que más sufrimos y somos los más vulnerables porque terminamos u enfermándonos o renunciando o bueno, jubilándonos con un sin sabor amargo de que la cosa no anduvo. Así que objetivos serían tratar de esperar de que las cosas mejoren y a… difundir por otra parte difundir, de que… que la gente se entere de lo que está ocurriendo. Yo creo que la gente sabe, lo que pasa es que se siente impotente, no puede cambiarlas.

Volviendo al caso de Favaloro, ¿no? sin querer compararme porque no soy ni siquiera la sombra, ni chiquito porque es la emi… lo tenía como un líder, pero yo creo de que es, es tan, tan importante lo que ocurrió con, con este hombre tan importante porque vos fijate que ahora está saliendo a luz. Él, él, ya te digo es el paradigma de lo

que le pasa al médico responsable, y que ha entregado su vida estee, porque las cosas cambien y no las pudo cambiar.

E: ¿Y por qué lo pensás como un paradigma de lo que le pasa al médico?

M: Claro si uno piensa como médico a la persona responsable que más allá de los intereses económicos prima absolutamente la vida y el mejoramiento del paciente, y bueno, con todo eso que uno apostó doctrinariamente; o sea, si uno toma doctrinariamente a la profesión. Cuando hablo de médico hablo de esa persona, eh, no hablo de otras personas que lo único que le interesa es shittt [Nota del Entrevistador: La entrevistada emite ese sonido y lo acompaña con un movimiento de la mano derecha, simulando realizar una firma] facturar. Eh…Y vive, y convive aparte, a pesar de que, de que las obras sociales no pagan, bueno, en fin es tan, tan complejo analizarlo en general. Yo te digo lo que me pasa a mí, hmn.

E: Vos recién… ya para finalizar así … vos recién me decías de las condiciones que tiene que tener o el paradigma de un buen médico, eh… que sería un médico responsable que prime por sobre todo la vida del enfermo en primer lugar, más allá de las cuestiones económicas… eh, ¿para vos que características tendría que tener un buen paciente?

M: Ah… lo que pasa es que paciente, el paciente es impaciente en realidad. [Risas] Ehmn, yo no sé como calificarla a tu pregunta porque en realidad cuando el paciente ya tiene el cartel de paciente, es decir, que es una persona no sana, o sea, que realmente está enferma eh, está en desventaja de situación, del otro lado del escritorio. Eh porque yo estoy de este lado y él esta del otro y es él el que está enfermo y es él el que pide ayuda, ¿cómo definiría? Mirá por eso te digo, definir un buen paciente, es difícil porque en realidad entra todo lo personal, la angustia, que eso ocasiona el hecho de que esa persona no se siente bien, eh, depende del diagnóstico. No es lo mismo tener una angina que tener un cáncer, es decir, en fin hay tantas cosas que juegan en el medio. En realidad uno diría que bien me sentí con ese paciente al final de todo cuando logró digamos, prestar atención a mis indicaciones, eh… realizar los estudios que yo le pe… solicité donde se crea una buena relación de confianza mutua y de respeto mutuo y que anduvo bien y si no anduvo bien igual, porque no ten… no podía andar bien porque por patología irreversible, porque en medicina dos más dos no es cuatro y tuvo una evolución atípica, o inesperada o lo que sea, pese a todo la relación de confianza siguió eh… y, y bueno justamente cuando es agradecido con el médico, ¿no? Agradecido con esa cosa tácita de seguir atendiéndose y de seguir atendiendo y también es muy importante saber las

limitaciones personales de cada uno, ¿no?, es decir, cuando hay que interconsultar a otra persona, cuando hay que derivar a otro colega o a otra institución este paciente por tal o cual circunstancia. El buen paciente yo creo que, que más que buen paciente es ya te digo la relación médico paciente que sea buena, ¿eh? que uno trata que ocurra pero no siempre ocurre, por diversas circunstancias. No creo, no creo que exista el prototipo de buen paciente, ¿eh? Pero porque tampoco está bien que el paciente agache la cabeza y que diga sí a todo lo que vos le decís porque no tengo la verdad absoluta, hmn…

C. Representaciones de la imagen del profesional médico.
Autorepresentaciones

C. II.1.a.

E: ¿Y para vos qué características vos ves que tiene que tener un médico para que vos digas que es un buen médico?

U: Ay, vos sabés que eso no sé. O sea, sabés que el doctor Nepote me atendió muy amablemente, revisó muy bien la zona donde yo decía que me dolía eh… eh… no sé, la verdad que no, no.

Eh… bueno, ya te digo mi mamá se operó con el doctor Nepote, con vito Nepote y le salió todo bien. Todo perfecto. Así que supongo que… a parte debe ser él médico que ya trabaja hace mucho acá porque lo conocen bastante… así que… a mamá le salió todo bien, así que… supongo que a mí también.

E: Y vos…

U: [Interrumpe] Dios quiera.

E: ¿Y vos viniste a él un poco por consejo de tu mamá?

U: Claro, la atención que tuvo mi mamá fue buena, por el doctor ese. Así que... [Breve Silencio] supongo que me irá a ir bien.

E: ¿Y qué actitudes tiene Nepote que no tiene otros médicos?

U: La verdad que no sé, o sea, yo vine más por viste… porque me habían dicho que era buena. O sea, vos viste que a lo mejor que hoy, porque hay personas que vos le preguntás algo y te dicen: “Noo, vos porque fumás o porque por esto o porque por lo otro” o “te va a ir mal” o “tené cuidado que te vas a morir”, ¿viste? O las cargadas viste, o sea, viniendo de un doctor las cargadas son como que te achacan viste, ¿no cierto? Entonces, eh… decidí venir a este porque mi mamá me dijo. O sea, a parte de ser persona seria. Una persona grande porque no sé cuántos años tiene el doctor y la

atención buena que ya me dio a pesar de que es la primera vez que vengo estee eh… Porque hay doctores que te cargan viste o sea, en el pueblo allá hay uno que… que te carga, o te dice cosas que al último… a lo mejor a la gente la pone mal viste… porque siendo, viniendo las palabras de un doctor que yo supongo que tendría que dar ánimo a la gente. No, viste te achacan más algunas cosas. Entonces estee … no porque me halla pasado sino porque he visto como tratan a algunas las personas.

E: ¿Y cómo las tratan digamos?

U: Claro

E: ¿Qué les dicen?

U: Claro, por ejemplo, por ejemplo date una idea …

E: Aja

U: Hay personas no sé si se dan cuenta o no qué, pero son muy abandonadas en la higiene que tienen y directamente un doctor le dijo: "Andá a bañarte o sino no te atiendo". Y yo supongo que bueno, tiene un poco de razón y no estee… y no porque no tendría que haberle dicho delante de toda la gente; que a mí me parece que es vergonzoso y yo supongo que eso ya viniendo de un doctor es horrible.

Entonces, una cosa así no más de ver a los demás… hay gente también que es abandonada pero que no se dan cuenta o no sé por qué son así pero viniendo de un doctor una cosa así, no. Por lo menos a mí me daría muchísima vergüenza y no iría más al… al doctor, por lo menos a ese doctor.

E: Viste que vos recién por ahí me decías que, yo para interpretarte bien…

U: Aja

E: Vos me decías que por ahí que determinadas cargadas como que viniendo de un doctor te achacan más…

U: [Interrumpe] Claro

E: ¿Y cómo sería eso?

U: Claro. Bueno, ya te dije recién lo de la señora esa que le dijo: "Si no se bañaba no la atendía". Por ejemplo, eh… cuando van a atender en un parto, él se pone a conversar con… con las enfermeras como que no le dan mucho artículo. Como que… eh… por ejemplo estás con dolores de… de parto y te pegan un chirlo en la panza [Risas] que, que no sabés para donde disparar. Y… y a veces te tocaba el doctor con buena, con buen ánimo para decirte bromas durante el parto "Viste, yo te dije para que…", por ejemplo, "para qué abriste las piernas", ¿no? Te dice estas

cargadas así y si, si está de mal humor estee por supuesto atenderte a lo bruto supongo yo, una cosa así. O sea, que le ha pasado a, a personas que yo conozco, ¿viste?

Y viniendo de un doctor una cosa así, no. A parte por otros estudios que un, un doctor de allá realiza, eh… cuando están de parto va saliendo el bebé, saca fotos. O sea que está bien, él en su estudio tiene que avanzar pero… este a la paciente, estee la pone nerviosa y más trabajoso el parto. Supongo yo que eso también está mal…

E: Y vos… eh… ¿te pasó a vos digamos…?

U: No, no, no le paso a una chica que yo conozco en el pueblo.

E: Ella no le dijo que no quería que le saquen fotos…

U: Y no viste que a lo mejor en ese momento la puso nerviosa, como que … sabía que era algo luminoso y supuso que era una foto. Después se enteró que sí que eran fotos pero… viste que en ese momento con tantos dolores vos no sabés que hacer…

E: [Interrumpe] No le pidieron permiso digamos…

U: No, no, como que no te das cuenta mucho de lo, de lo que pasa alrededor sino que vos querés pasar de ese trance rápido, para y para estar bien, ¿no?

E: Bueno contame un poco de donde sos... ¿cuántos hijos tenés?, ¿cómo está compuesta tu familia?

U: Bueno, soy de Gobernador Crespo. O sea, soy nacida acá pero vivo en Gobernador Crespo hace ocho años. Es un pueblo lindo, limpio. La gente es muy buena, o sea, nada raro pasa, ni nada malo. Podes dejar estee broches, ropa, bicicleta, motos. Todo afuera que no te sacan ni un dedal. Y la gente es buena y es muy limpio. Estee está por funcionar estee ahora la planta de residuos así que más o menos date una idea que es un pueblo bastante lindo. [...] Tengo dos hijos. Uno de seis y la nena de cuatro. Eh… bueno, como te decía estee… estee me casé, me fui a Gobernador Crespo pero tengo toda mi familia acá y también me animé a operarme que ellos me van a dar vuelta, o sea, yo sé que desde que entre a Quirófano hasta que salga y todo… No es una operación complicada sino… no sé de, de cuanto tiempo será pero creo que es cortita, así que … por eso también no me hago tanto problema. Mientras que me salga todo bien, viste… lo demás estee…

Bueno, mi marido hace de todo: es albañil, pintor, eh… coloca cerámicas… de todo. Y gracias a Dios y a la Virgen tiene trabajo todos los días. Todos… tiene mucho trabajo porque a parte o sea, supongo que si lo buscan es porque trabaja bien viste

y… sí, vivimos bien gracias a Dios. De comer no nos falta ni a mí, ni a los chicos. Calzado y ropa tampoco que es lo principal. Que anden bien de salud, que eso gracias a Dios mirá… que se viven bañando con agua fría, en invierno andan todo el invierno afuera que viste que los chicos no quedan a adentro y resfriados todas esas cosas no, nada, nada, nada. Ni resfrío se agarran… así que … hasta ahora me va bien, esperemos más adelante. O sea, prácticamente, gracias a Dios, yo nunca he estado enferma mis hijos tampoco, que no tuve que andar viste de hospital en hospital. Allá hasta en Crespo mismo, casi que no usamos, yo no uso hospital porque gracias a Dios y a la Virgen todo va bien, no tienen ningún tipo de problema, ni nosotros, ni los chicos. Pero ahora el problemita ese, es la hernia nada más que tengo así que …

C. II.1.b.

E: ¿Y qué características tiene que tener un profesional para que vos digamos... digas que es un buen médico?

U: No, lo básico, que si vas con un dolor de estómago te revise. Es decir, tenés inflamado, o no tenés inflamado. Es decir, lo básico, es decir, eh… la atención normal, común. Es decir, no, no más pero tampoco menos, digamos. Pero tampoco te pueden diagnosticar sin saber qué es lo que tenés. Al… cuando le describís los síntomas no se los describís todos, tampoco. Es lo mismo que te atiendan por teléfono no es… no es [Risas] Eso nomás lo, lo, lo normal qué sé yo, normal ¿viste? Lo normal.

E: ¿Y vos como definirías lo normal? O sea, así en ejemplos que cosas te parecen que tendrían que entrar dentro de lo normal, de lo normal en una atención

U: No, no sé, qué sé yo. Cuando vos vas a un médico que de última que, que es interesante saber por lo que vos tenés no, no … Es decir, si vas por una quemadura que te mire la quemadura, si vas por una inflamación que te vea es… no sé… como explicarte eh… por lo menos que, que te diga qué es lo que tenés o que te lo explique y te saque algunas dudas. Es decir, por eso yo ahí en el Iturraspe estoy conforme digamos no, nunca me trataron mal, me atendieron mal… En vez en el Cullen sí, se nota la diferencia.

E: ¿Y vos Pablo en Santa Fe qué hacés?

U: Estudio abogacía…

E: Y…

U: [Interrumpe] Dicen [Risas]

E: [Risas] ¿Y de dónde sos?

U: San Jorge. Pero yo a San Jorge nunca fui al hospital. Ahí nunca fui a un médico más que lo normal, viste. Es decir, no… vacunas y todas esas cosas de cuando era pibe y los certificados médicos a veces para ir a la pileta. Pero esas cosas, pero esas cosas las hacés: "Che escuchame tengo que ir a la pileta, haceme un certificado". Pero no, ir a un hospital no había ido nunca.

C. II.1.c.

E: ¿Y estas conforme con la labor del médico de cabecera, o sea con la labor del doctor Vizcaíno?

U: Muy… Mirá te puedo decir que estoy re – agradecido por… eh… yo he ido a otros hospitales que no viene al caso viste de nombrarlos pero no me gustó la atención. Eh… más allá de un profesional, no sé yo pienso que acá no tiene nada que ver que uno sea humilde; no sé pero para mí lo fundamental que me enseñaron a mí es el respeto y… y vi en este doctor… no hay, no voy a comparar tampoco pero vi algo que… qué sé yo… que a mí me inculcaron una, una educación que… que yo pienso que no es necesario que… recordárselo a un profesional. Porque te digo que he ido a un consultorio paso, más allá que te llaman, ¿no? "Buen día" o "permiso" si me voy a sentar todo. Pero he tenido una consulta con un doctor que ni "buen día" ni "sentate", ni nada. Es algo, que es incómodo para mí porque pienso que… qué sé yo pienso que un profesional tiene que ser atento, para eso está, ¿no? Y ya desde, desde el vamos pienso para mí que esa, esa persona no sé si puede llegar a hacer profesional, más si te atie… si te pregunta así nomás parado "¿Qué tenés?". No, "¿Qué te pasa?". "Vaya…" Y lo terminás mirando así porque de primera no te saluda ni nada y te diga así de golpe "¿qué te pasa?", como si fuese no sé. No sé, a mí eso me chocó. Entonces, eso me llevó también a que, a través de que estaba re – mal, me llevó a venir al hospital porque ya te digo las consultas con el doctor Vizcaíno hace mucho ya casi no me acordaba de la cara, ni del apellido ni nada pero ya hace muchos años atrás, ¿me entendés? Eran consultas así nomás en la sala que él atiende sala seis y… estaba internado pero así consultorio, ahora, recién esto. [...] Yo he estado internado en el hospital, él me ha atendido en sala a mí, ya internado, con otros médicos más. Así que nunca solo así como tuve la oportunidad ahora, la oportunidad digo porque es un excelente médico a parte me atiende re –bien.

E: ¿Y vos decís que es un excelente médico y que cosas tiene él para que vos digas que es un excelente médico, que es buen médico?

U: Que es buen médico mirá porque yo en todos los casos que, que, que me han pasado así eh… siempre es… cómo se llama… cómo te puedo explicar. Siempre

que me ha mandado un tratamiento o me ha medicado siempre fue favorable, ¿me entendés? Porque siempre a veces en otros casos me ha pasado que me han medicado, me han caído mal los medicamentos, los tratamientos no se han hecho como se tenían que hacer, y… no sé. En este doctor las pocas consultas que tengo por consultorio fenomenal. Hasta ahora medicamentos todo bien. Eh… tratamientos todo bien, y no son esos tratamientos que tenés que sacar turno y te dan de aquí a no sé qué. Y ellos para mí qué sé yo es genial porque como es ya te digo, si tengo que comparar a otro lugares. Yo he cortado otro lugar porque me mandan un turno que es de aquí a… tres meses y mientras tanto tengo que … o si no me han pasado casos que el médico, por orden del médico me han mandado a sacarme turno de algo; ponele un ejemplo el urograma que tengo acá, este urograma en menos de un mes yo lo tuve. En cambio, en otros hospitales dos meses y medio tu…tenía que esperar, pero no esperé, no esperé porque yo los dolores me superaban a mí. Es más, en otros hospitales me han dado pastillas, acá enseguida me inyectaron y desapareció completamente el dolor.

Entonces como yo no lo voy a tener como excelente médico si… no sé… a parte una persona que está pendiente del paciente, eso es lo más importante pienso yo del me… del profesional. Más allá de todos los pacientes que va a tener, ¿no? Yo no digo que va a estar pendiente solamente de mí, pero… te hace pensar que sí, que está, que está con vos.

E: ¿Y qué te hace pensar que está con vos?

U: Porque… ¿y que te hace pensar que esté conmigo? Y porque la vez que vengo, no vengo todos los días vengo cada tanto, eh… me pregunta más allá que ellos tienen ya una historia clínica y todo. Me pregunta “¿cómo estás?”, me pregunta si me atendieron bien… todo… Entonces… por eso, me hace pensar que está pendiente de mí porque me pregunta todo, me pregunta que no sé… ni que fuese un padre. Capaz que él, no sé, él no se da cuenta, pero uno lo siente porque qué sé yo, te sentís a gusto con esa persona. Que te converse… no sé, más allá porque yo pienso que se va un poquito más de lo profesional. Mirá hacé de cuenta que estás hablando con una persona cualquiera. Cualquier persona que no sea un médico.

E: Y… y me podés describir una consulta. Cuando vos ingresás al consultorio ¿qué te dice el médico?, ¿cómo es el diálogo dentro del consultorio?

U: Mirá a veces… Bueno, cuando uno entra a un consultorio con un médico todos sabemos que, que un doctor de consultorio tiene muchos pacientes y no solamente yo y a veces eh… el médico, por ahí no. Si no es por la historia clínica a

veces no… en el momento no cae quien sos. Y una vez que cuando cae quien sos ya te empieza a conversar. Ya sabe que no sos nuevo, después como dije hoy es más familiero. Te empieza a, te pregunta a mí me hace muchas preguntas que… qué sé yo, ni que fuese mi madre. [Risas] Porque ya te digo yo me crié con mi mamá. Cómo ando, "¿qué sentís?" Por hay uno ¡oh!… la dejo a mi mamá y ahora me encuentro viste, pero te hace bien eso. Por eso yo lo elijo como médico porque esas son las charlas que puedo llegar a tener con un médico. Eh… sentarme a hablar de mi problema y saber un poquito más como estoy. Hasta me ha llegado a preguntar con quién vivo, si vivo con mi mamá, si tengo hermanos. Bah todas esas cosas que, qué sé yo. Otros médicos no te preguntan quizá y este sí. No sé, muy amable. No sé si será así con los otros pacientes no sé. Eso no sé porque entramos de a uno. [Risas] Yo pienso que sí porque sabés que cada vez que he venido siempre están casi las mismas personas. No sé, si estarán haciendo un tratamiento o que pero siempre… porque en los miércoles viene otro urólogo pero este médico siempre se le llena el consultorio no sé por qué pero… y eso que viene gente temprano y pueden pedir turno. Igualmente yo puedo pedir turno para otro. Total la historia clínica mía está. Pero vienen todos al doctor estee y se ve que es un doctor por la edad de muchos años que ya eh … de profesión que será muy bueno para otras personas. Yo nunca me puse a conversar así con, con los otros pacientes así esperándolo pero…

E: ¿Y vos ahí mientras esperás que hacés?

U: Mirá te digo la verdad me duermo [Risas] Me duermo pero me quedo, me tengo que quedar. Sí… no porque otras veces te tengo que confesar que he ido a otro hospital me agarra sueño y me he ido. No lo espero. Me he estado muriendo de dolor pero no lo espero. A parte, pero, ¿por qué? Porque yo ya sé porque a veces también como inútil porque digo yo "entro al consultorio no te dicen ni "buen día" para estar con este doctor, no, me voy". Pero esos arranque que le agarra a uno, no sé, a mí me agarra. Pero acá en este caso, acá no. No sé, a mí me parece así.

E: Bueno contame un poco de vos Carlos... ¿estás trabajando?

U: Mirá yo estoy en … en esto de los planes trabajar.

E: De los Planes Trabajar

U: Sí. Hace tres años que estoy. Eh… tiro para adelante. Lo que pasa es que yo soy soltero no sé si…y … me independicé no hace mucho tampoco, hace tres años que salí de mi casa. Así que no… la paso. Así que no es tanto viste. Por supuesto, que apoyo a aquellas personas que tienen hijos, que la pasan duro. A parte tengo el apoyo de mi familia yo, a pesar de la edad tengo el apoyo de mi familia que es lo fundamental

también en mi vida. De mi mamá, de mi mamá y de mi padrastro porque no tengo papá. Lo perdí ya cuando era chico nomás.

E: Y vos por ahí me decías que tenés otras experiencias en otros hospitales…

U: [interrumpe] Mirá yo a veces… no sé… yo a veces e ido a hospitales y tenés que estar por demás de… que te vean por demás de mal para que te atiendan. Y a veces y a veces no… a parte que yo creía que si yo estoy enfermo yo… Mirá yo verdaderamente creería que no sé quien sería la persona que le gusta estar en un hospital. Ir a un hospital a una sala de guardia, levantarse. Algunos se aguantarán no sé… yo no aguanto, no sé… no soporto. Pero e ido a la madrugada es algo… que me han hecho esperar horas y horas y que capaz que quizás no hay nadie eh… en esa sala y pero igual hay doctores y todo y enfermeros. O si no te sientan y te hacen esperar dos o tres horas. Eso, eso lo he sufrido y he estado re – mal, los cólicos renales no sé, mirá… yo todas las veces digo esto, lo ha vivido conmigo a la par mía con mi mamá porque mi mamá, mi mamá me acompaña. Yo no sé… como será una chica porque no estoy en el cuerpo de ella, una chica que va a tener familia que sufre y todo pero… el que… el que sabe lo que es un cólico renal es feísimo. He sufrido … he llegado arrastrándome al hospital y no… con perdón de la palabra no me han dado bola. Sabés que feo eso. Parece no sé que me están destrozando todo el cuerpo porque es un dolor fuertísimo, feísimo no se lo deseo a nadie. Lo he pasado feo y lo más triste que no te den bolilla y sabés lo que se me ha dado de pensar, digo yo … digo yo… qué bárbaro digo yo una vez que estoy tranquilo, que ya me han medicado y que por fin me han dado bolilla. Digo yo… y hasta he llegado a decir quizás si tenés obra social te atiende enseguida. Claro… uno no tiene obra social no tiene nada y te hacen esperar… para ellos no es para tanto. Yo he escuchado eso de una enfermera “No te estas muriendo”. Pero el dolor lo llevás por dentro. Y entonces ¿qué quiere decir? Te dan de pensar que te tenés que estar muriendo para que te atiendan. Y no es justo eso. Eso es lo que siempre estuve en desacuerdo con el hospital.

No sé… igual que yo… a veces te obligan, te obligan a pagar un bono. Si no tenés, no tenés. Bueno, yo encantado, ya te digo yo cuando tengo lo, lo he pagado porque no tengo drama, ¿me entenés? Pero cuando… no… como que te obligan. Bueno, en el otro hospital, ese es un tema que me dolía a mí también porque en el otro hospital yo anduve yendo y viniendo con esto que me demoraba dos meses y medio, con el urograma para hacerme el estudio y me salían con que estaban rotos los aparatos para hacerme el urograma y bueno. Y yo le llegué a decir a la señora: “Ustedes me están exigiendo que yo les pague un bono que no tengo plata y por qué yo hace tres años que ando, voy y vengo por el tema que ando y vengo eh… te tengo

cálculos en los riñones y me tienen a las vueltas. ¿Cómo es?" digo yo. "No, pero vos tenés –dice- que agradecerle a Dios que está el hospital". Y me salió con eso. "Yo le puedo agradecer a Dios que estoy vivo – le digo yo- pero el hospital no sé porque la atención que hay acá. No sé" Me quedó mirando. Y me salió con que… que a la suegra no la cubría la obra social. "Mire señora con todo respeto –digo yo- usted tiene sus problemas yo tengo los míos pero no me exija que tenga que pagar un bono –le digo- porque no tengo dinero. Más allá que yo viva cerca de acá porque no pago colectivo", le digo yo. Yo por ahí pienso que ellos… las personas que trabajan en el hospital se pasan de límite, como exigiéndole a las personas un bono porque si no tiene qué sé yo, yo te digo por hay lo puedo llegar a tener, por hay no. Son cosas que, que, quedan y te dan un poco de bronca, con respecto a la atención del hospital.

C. II.1.d.

E: ¿A qué consultorio viene usted al Servicio de Consultorios Externos?

U: Yo me hago ver los ojos con la doctora Elizabet Keich la of… la…

E: [Interrumpe] Oftalmóloga

U: No he visto al alguien que trate con tanto cariño a la gente y con tanta dulzura, con tanta finura, tiene, tiene una finura para… para atender… es un amor. Yo la encuentro en la calle y no sé le tiro, le tiro besos. Por eso, te digo… te hablo para mí, para mí personalmente habrá otros casos que a lo mejor no les ha sido igual. Yo hablo por lo que a mí me tocó vivir. [...] Ya te digo es para mí, a parte es como una amiga. Es como una amiga. Es una persona de una delicadeza especial. Y el doctor Brosutti para que te cuento. Cuando lo atendía a mi marido, él me llamaba a mí en el hall. En vez de yo seguirlo a él. Él me llamaba a mí. Así que no puedo, no tengo, porque no puedo tener quejas. Y yo ahora en este momento no, no estoy en condiciones pero siempre estoy en mente de alguna vez hacer algo con el, para el hospital… gratis ¿no?, lógicamente aportar algoo, arreglar ropa o alguna cosa que pueda hacer. Ahora no puedo porque estoy con esto que me tiene esclava.

E: Y usted que cosas usted ve digamos en la doctora o en otros médicos para considerarla que es un, un buen profesional, ¿qué características tiene que tener un médico para que usted lo llame un buen médico, digamos?

U: Sobre todo el trato. Porque el trato es primordial para el enfermo. Así, como te decía del doctor Brosutti, un médico que yo lo corría por los corredores… por los corredores y pero él, pero él cuando me veía no esperaba que yo lo espere. Él me hacía seña y me llamaba. Y bueno, el doctor Pierini. El doctor Pierini cuando me dio la

noticia de mi esposo me la dio así, parecía en crudo pero era, era lo, lo normal porque… qué me iba a engañar. Mi marido tenía un cáncer de colon. Pero te digo que hicieron humanamente todo. Éramos… mi marido era un amigo, del doctor, cuando salimos del hospital. El día que él salió el doctor mismo fue a decirle "Mirá Roberto quiero que te vayas bien dice de acá y de acá" [Nota del Entrevistador: La entrevistada hace ademanes con los brazos mientras habla] O sea, de la cabeza y de la panza. Dice "Vos vas a tener que volver a hacer unos estu… tratamientos pero estás bien, estás perfecto". Pero no era así, no era así. [Breve Silencio] Lamentablemente en casa duró cuatro días, cuatro días en casa, gracias a Dios que no llegó a la droga, que … ni nada. Pero la atención del hospital, la parte de la limpieza. La limpieza es… el que se queja del hospital mirá, es una persona que no tiene ni, ni razón de ser porque tenés agua caliente que en tu casa por más que tengas una casa lujosa no la tenés con esa fuerza, con esa … tenés calefacción cuando hace frío, la comida es, no serán unos manjares pero es la comida de los enfermos y una comida buena. Yo no tuve, no tuve quejas, de ninguna manera. De ninguna manera. Por eso te digo que … estoy muy agradecida. Otra cosa no te puedo decir, ya más no te puedo decir…

La oftalmóloga, la doctora Keich [...] De diez. Más que de diez porque tiene una, una tiene un… como te puedo explicar, no sé, con palabras no se puede explicar lo que es. Es… tratarla para conocerla, tratarla, verla. Tiene una dulzura infinita, una cosa fuera, fuera, inusual en algunos médicos, inusual. [Breve Silencio] La sala seis de cirugía que la experimenté con mi marido de diez.

Pero si tengo que decir de la oftalmóloga te puedo decir que no tengo palabras. No tengo palabras. El que dice que la doctora Keich, las doctoras Keich pero sobre todo una, Elizabeth, es… algo especial. A mí ha llegado hasta darme un beso en la frente. [Breve Silencio] Te digo que es una chica. Me prometió que me iba a conseguir un trabajo, me prometió… es un amor, un amor, un amor.

Yo te digo que, yo se lo recomiendo a todo el mundo porque… inclusive me ha dicho que cuando estuve quebrada que si no, no podía ir al hospital que vaya a, a tomarme la presión a su casa que no me iba a cobrar ni una moneda porque, por los horarios para que no vaya temprano a sacar números, para que no corra riesgos. Así que bueno, eso te puedo decir…

E: Aja… Y usted me dice que tiene, una, una dulzura inusual o un trato inusual con la gente que no lo tienen otros médicos

U: No, no que se eh… no digo que no lo tengan otros médicos pero que tiene una… tiene algo que, que, que vos de ahí salís bien. Nunca te va. Hasta para, hasta

para trabajar, para tomar los instrumentos … es una cosa en las manos. Eso lo veo yo. A lo mejor a otro no le pasa lo mismo. [...] Yo pienso a mí, a mí que me pasó. Yo estee, no sé como decirte he ido a, a, a oftalmólogos pagos e ido a oftalmólogos del CA, del CAMI y no me ha pasado lo mismo. No me ha pasado lo mismo. Y ahora yo pienso que por ser una doctora que está en un hospital, que trata con cualquier clase de gente. A veces va gente que no es totalmente limpia, que no tiene la delicadeza de, como yo por lo menos, yo toda mi vida desde que fui… mi madre me enseñó que cuando uno va a un médico tiene que ir bien, bien limpio de… del pelo hasta el pie. Pero hay gente en el hospital que no, ¿eh? y ella yo la veo en el trato con toda la gente igual, igual. Eh… por eso te digo que me parece…

En un semáforo por allá por… no me acuerdo, si era en Bulevar pasaba ella allá en un auto. Pasaba en un auto, debe ser con el padre, yo le hice así… [Nota del Entrevistador: La entrevistada hace señas con las manos y la boca, simulando como quien tira un beso]

E: [Interrumpe] Le tiró un beso

U: Y ella me hizo así. [Nota del Entrevistador: La entrevistada repite el ademán que realizó anteriormente] Divina, es divina. ¿No la conocés?

E: No, no la conozco. No, no, no.

U: Pero es grandiosa. Vos la vez. ¿Está prendido?[87]

E: Sí, sí.

U: Estee… vos la ves, estee parecería una chica sencilla, humilde, no parece que es doctora. Es, con sus anteojos es un amor.

E: ¿Y usted, por ahí, qué actitudes tiene la doctora que no tienen otros médicos? ¿Qué cualidades tiene para que usted tenga mayor afinidad o…?

U: [Interrumpe] No el trato, el trato que ha tenido conmigo. El trato conmigo, el trato que yo veo que tiene con todos. Y… y la forma, la forma de trabajar de, de, de tomar los instrumentos, de, de, de hasta te hace una caricia cuando te, te acomoda para tomar la presión. Yo generalmente cuando voy siempre lloro, ella, porque siempre voy emocionada. Cuando estoy en el hospital estoy emocionada por lo vivido, ¿no? [Llora] Y ella un día llegó a darme un beso acá en la frente. Una cosa, cosa que …

E: ¿Y alguna experiencia linda que usted halla vivido en el hospital?

---

[87] La entrevistada se refiere al grabador, debido a que en varias ocasiones debí apagarlo: la entrevista fue interrumpida por personas que asisten a comprar al quiosco.

U: Y experiencia linda es todo lo que te estoy contando porque el hecho que te atiendan bien, que te… los médicos sean buenos eh… Al doctor Nepote yo ya lo acosaba mirá, donde me lo encontraba en el ascensor, en el pasillo eh, hablábamos, conversábamos, él me decía todas las cosas, y… me daba mucha… era como una amistad que se había puesto. El doctor Nepote hijo, bah.

Y… bueno, lo mismo las enfermeras hay un … enfermero de la sala seis, un muchacho de apellido, que no sé cuál es el apellido, Hugo, que inclusive quedamos amigos. Cuando pasa por acá hasta cerveza tomamos…

E: [Risas]

U: Sí porque nos hicimos amigos. Un amigo, las chicas, las enfermeras a veces pasan, vienen por acá y… me saludan, tomamos una cerveza cuando ellas salen del trabajo y … es hermoso, es hermoso. Una experiencia hermosa es, una experiencia hermosa. Inclusive el año pasado después cuando murió mi marido a lo mejor lo habrán visto ridículo pero yo el treinta y uno fui a saludarlos a todos, fui a saludarlos a todos a la sala seis. Eh… no sé yo a lo mejor soy de otro planeta, soy de otro tiempo. Pero… yo lo siento así. A lo mejor otra persona no, no se iría al hospital para saludarlo a los médicos que te atendieron. Pero yo pienso que es así. A mí que en mi casa, mi familia me enseñó así que hay que ser estee atento con quien fue atento con uno. Claro no sé, hay gente. Te voy a decir una más. Si algo yo critico de la gente que va al hospital, cuando le dan el alta, preparan su bolso y se van. No saludan a nadie, no, no se acuerdan de nadie. Nosotros cuando salimos con mi marido hasta el último enfermero saludamos. Inclusive José un muchacho que, que atiende los consultorios de ahí, de la sala seis, que atiende a la gente. A mi marido él mismo personalmente lo quiso llevar con la silla de rueda hasta la calle. Es una cosa muy linda. Mi marido tenía un recuerdo hermoso, de eso. Él lo llevó hasta la, hasta la vereda … por eso, eso son las cosas que yo pienso que son… a lo mejor en un sanatorio no te lo hacen. Pero ya te digo, nosotros también fuimos muy atentos con ellos.

[...] A veces la gente, te voy a decir la gente, hay personas que van al hospital y creen que porque van a ir de pic-nic que, que … con el mate, con… tiran la yerba o no, no respetan el viste, no respetan lo que es el, lo que es el hospital o las órdenes de las enfermeras. Pero si vos respetás cuando te dicen “Vayan a afuera que vamos a limpiar”. Pero hay gente insistente que quiere eh… imponerse ellos y bueno, claro, si algunas cositas lógicamente hay. No todo es perfecto como en ningún lado.

E: [Breve Silencio] Bueno, cuénteme un poco de usted... ¿Y cómo es un día de su trabajo Etel?, ¿cómo es un día así de su vida?, ¿a qué hora viene al quiosco?

U: Y al quiosco vengo, no vengo tan temprano porque como estoy sola en mi casa. Antes venía más temprano pero dejaba todo que hacer y llegaba la noche y en casa tenía todo que hacer. En cambio, ahora, acomodo un poquito en mi casa. De mi casa salgo ya arreglada, vestida para todo el día y … estoy todo el día acá. En este quiosco que ahora no me rinde nada. No me rinde absolutamente nada. Pero bueno, como no tengo otra cosa tengo que seguir, mi vida sola es tremenda… [Llora] Mi marido era él, era representante de la fortaleza. Él hacía todo en casa. [Breve Silencio] Te cortaba la enredadera, te pintaba, pintaba macetas, te pintaba, te arreglaba, hacía el asado. Era un compañero ideal. Y ahora, bueno qué sé yo… todo totalmente duro. Pero bueno, yo creo que Dios es el único bueno…

E: [Breve Silencio] Bueno Etel muy amable, muchas gracias porque medio que la hago, la hago poner mal me parece…

U: No, no es natural. Es normal, es normal en mí porque yo me emociono siempre. Acá en este quiosco son veinticinco años que estoy. Vas a creer que ayer justamente pasó un señor, un hombre que es medio discapacitado y se había lastimado la pierna, el pie, ahora va descalzo. Mi hermano me dice “vos te metés en todos lados”. Pero yo pedí un desinfectante y le puse una gasa, un desinfectante porque hasta las moscas lo seguían. Yo acá a la gente le presto para el ómnibus, tengo… como yo he nacido en este barrio, como he nacido todo el mundo me conoce, viste, y… Pero mi hermano quiere que lo deje, quiere que lo deje porque quiere que… que haga otra cosa, me dedique a las manos. Esté un poco en mi casa. Pero sin un peso no podés estar en la casa. En la casa es muy lindo estar pero cuando tenés para mantenerte.

E: Y usted me decía que eh… le escribió una carta a Reutemann

U: Sí. Le escribí una carta a Reutemann porque… como no tengo pensión, ni jubilación… y bueno, ahora vamos a ver posiblemente consiga una pensión, algo…

E: ¿Y cómo se le ocurrió a usted mandar una carta al gobernador?

U: Porque estaba en estado desesperante, estaba en estado desesperante. Quedarme sin jubilación, sin pensión, sin nada. Sola. Y entonces bueno. Se hizo un expediente el cual está en la caja 5110, que aún todavía no ha salido nada pero todavía tengo la esperanza que salga, ¿no? Tengo una esperanza que salga, y así. Es así.

Nota del Entrevistador: Breve interrupción de una persona que viene a comprar al quiosco.

Hace un año y medio que no viene a comprar cigarrillos, qué te parece. Qué te parece, ahí tenés una experiencia vos de lo que es el quiosco. No sirve para nada este quiosco. O sea, tuvo épocas muy buenas, ¿eh? Sí, tuvo épocas muy buenas. Épocas muy buenas, pero ahora no. No sé si será que … cuando vos te caes todo el mundo te camina arriba. Cuando vos caes, una cosa que te voy, te voy a dar un consejo a vos que sos joven: nunca le cuentes a nadie que estás mal, cuando vos estés mal ni a la amiga más íntima. Vos siempre decí que estás bien, porque a mí no me sirvió para nada contarle a la gente que estoy mal, que llorar... [Llora] Cuando mi mamá se murió todo el mundo estaba apurado. Cuando vos llorás todo el mundo está apurado "Ah… me suena el teléfono me voy, me voy me suena el teléfono". Hacen así la gente. Cuando mi marido se murió todos estaban apurados… nadie te da nada, nadie te soluciona nada. Por eso a la gente no hay que contarles nada. El error es contarle a la gente lo que te pasa. O la gente común. A un profesional sí le podés contar, a una persona que tiene capacidad, que tiene estudios, que tiene capacidad de escucharte. Pero al que no te… al que no te… al que no te va a arreglar nada no hay que contarle nada porque la gente goza cuando vos estás mal.

C. II.1.e.

E: Y vos ahora que ya que tenés más experiencia que estuviste en Rafaela, que estuviste en el Cullen que viniste para acá, ¿qué características, cualidades te parece que tiene que tener un médico para que vos digas que es un buen médico o que es un buen profesional?

U: [ella] Amable porque el médico que nos atendió hoy es muy, muy simpático, muy amable [Risas]

U: [él] Sí, amable porque el, el médico de Rafaela muy, muy seco, no, no… A ellos no les importa el paciente, si tiene o no tiene… Entonces uno tiene que, como no tiene trabajo se tiene que venir para estos lados, ¿viste? acá por lo menos… por el asistente social, el asistente social ma… no, no cuesta por lo menos. Allá, no, no, no nos mandaron, el doctor ese no nos mandó a la asistente social, entonces…

U: [ella] [Interrumpe] Ni nos dijo, ni buenos días, ni hasta luego, ni nada… así que…

U: [él] Entonces…

U: [ella] [Interrumpe] Un veterinario a un perro lo debe haber atendido mejor [Risas]

U: [él] Sí, no y… o sea, de la resonancia magnética que me dijo eso ya no… no

es una buena persona… [Breve Silencio] Pregunte… [Risas]

E: ¿Y qué es lo que más les gustó de acá del hospital?

U: [Silencio] [él] Una atención porque fue bu… fue rápida entonces la atención del médico porque no son como el otro médico que … que te dicen "hola", ni hola te dicen, te dicen "¿qué tenés?" y te tocan, te revisan, ni "chau" te dicen… por lo menos. Este médico nos trató muy bien y ella fue a golpear sin turno para que nos firme los papeles y entonces el médico la atendió. Por eso la atención fue muy buena del médico porque hay médico que por más que vayas y concurras así sin turno no te atiende. Entonces la atención es muy buena.

E: ¿Y vos trabajás?

U: [él] Yo trabajo de campo eh… tractorista eh…

U: [ella] Hacienda o herramientas

U: [él] [Interrumpe] Hacienda… lo que, un poco lo que venga [Risas] porque ahora está muy difícil el tema del trabajo

E: Y… vos por ahí recién cuando hablábamos en el pasillo me dijiste que estabas un poco perdida acá en el hospital, ¿cómo es esa cuestión, digamos?

U: [ella] Claro porque el… el cuando vinimos el seis que le dieron el turno casi ni entramos fuimos allá al frente nomás y el otro hombre se encargó de … y la persona que nos trajo se encargó de hacer todo y hoy es la primer vez que entramos un poco más al… al hospital y… yo estoy perdida [Risas] qué sé yo cada paso que hago le pregunto a alguien algo porque no sé estoy desorientada, viste que te dicen "Bueno, andá al hall" pero ¿qué sé yo? Para mí todo es lo mismo [Risas] qué pasillos grandes.

Entonces, bueno, me siento un poco desorientada, qué sé yo… pero ahora más o menos parece que le vamos agarrando la mano… [Risas]

U: [él] Y otras veces que vengamos le vamos a agarrar la mano del todo.

E: Claro, hay que seguir viniendo, digamos, como que…

U: [ella] [Interrumpe] Claro, como que no estamos acostumbrados a la ciudad nosotros, entonces te parece que te perdés. Yo en la ciudad me pierdo, no sé…

E: [Breve Silencio] ¿Y ustedes como hicieron para venir, vinieron con otro señor que los trajo?

U: [ella] Sí…

U: [él] Sí… otro muchacho que tenía que venir justo al oculista y nos pudo traer

porque sino se hace eh… difícil, muy difícil porque no tengo trabajo y no hay, no hay ingreso entonces se hace muy difícil poder venir.

E: ¿Y el trabajo en el campo?

U: [él] Es que la situación está muy mala. Yo trabajaba ahí en un campo y me des… no que me despidieron pero me dejaron sin trabajo porque no, no llegaba más, no, no podían pagar. Entonces está muy difícil y el que tiene el trabajo bueno, lo cuida y el patrón también cuida al empleado. Y… los que buscan son los que no pagan, directamente, son los que te dije antes, te dejan sin pagar tres o cuatro meses. Hay un muchacho que estuvieron cinco meses trabajando y no le di… no le pagaron ni un peso. Entonces, tampoco puede ir uno a un lado que no te paguen, trabajar para que no paguen. Entonces, está muy difícil porque la leche baja y, cuando la leche baja el campo no va…

U: [ella] [Interrumpe] El campo no va…

U: [él] Directamente…

U: [ella] Si no va el campo no va nada…

U: [él] Si no va el campo propiamente no va nada…

U: [ella] Para nosotros, al menos pensamos eso.

E: [Interrumpe] ¿Y ustedes cuantos años tienen?

U: [él] Yo tengo veintiuno

U: [ella] Veintitrés

E: ¿Y son hermanos, novios?

U: [él] Pareja

E: ¿Y vos lo acompañas a todos lados?

U: [ella] Sí… [Risas] si porque dentro de que por ahí estamos un poco desorientados soy yo la que pregunto, sino no sé que haría…

U: [él] Yo para eso no sirvo. Entonces ella se ocupa de eso. Entonces…

U: [ella] Yo estoy desorientada pero pregunto, con o sin vergüenza pero pregunto. En cambio él… no.

E: ¿Y por qué no preguntas?

U: [él] Qué sé yo… eh… vergüenza a veces a uno le da así… pero... [Breve Silencio] Es que por ahí no me animo, eh… siempre me pasó eso, no, no, no

animarme a preguntar. Ella no, ella enseguida pregunta si fuera por mí yo estaría todavía ahora. No ella se mueve, en cambio yo no. No sé si por tímido, qué… pero no, no me animo.

C. II.2.a.

E: ¿Para vos qué características debe tener un profesional para que vos lo consideres como un buen médico?, ¿Qué te parece?

U: ¿Cómo características?

E: Claro, que cosas tiene que tener un médico para que vos te parezca que sea una, un buen médico… ¿qué cosas tiene que tener?

U: ¿Qué cosas tiene que tener?

E: Aja

U: Tiene que ser sincero. Decirte la verdad de to… en todo sentido. Por más mala que sea la verdad, por más dura que sea la verdad tiene que decírtelo. Y eso… y ser bueno, como son todos los médicos

E: ¿Y cómo es eso de decirte la verdad?

U: Claro por ejemplo, eh… yo no estoy de acuerdo con eso que te enredan, te enredan, te dicen "no"... porque yo, me han tocado médicos que no… por la parte mía y con la parte del pibe no porque tanto la doctora Narváez como el doctor Baj son sinceros. Ellos siempre dicen la verdad. Pero yo he ido al Cullen por ejemplo, que es donde estaba mi hermano internado… ellos no te lo dicen, no te dicen: "Mirá él está grave, él te puede quedar..., como puede demorarte un mes o dos meses con vida y se puede morir." Tenés que esperar, esperar, que te hace falta esto, que te hace falta lo otro y vos corrés, corrés creyendo que vas a solucionar algo… que lo vas a tener a tu familia y no lo tenés. Eso lo que nos pasó a nosotros, con mi hermano. Viste que corrimos para todos lados y no lo tenemos a él, ahora. Y eso es lo que a mí no me gusta. Por eso yo te digo que el doctor Baj y la doctora Narváez, bueno los médicos que a mí me atienden… tanto clínico o traumatólogo siempre fueron derechos conmigo, siempre, yo siempre les digo… muchas veces.. por ahí voy a decir la palabra: "Dígame al pan, pan y al vino, vino" viste y ya… "Sí, ya sé", me dice. El doctor Baj me dice "ya sé que me querés decir, que querés la verdad". " Sí -le digo- yo quiero la verdad". Por más que se me caiga el hospital encima yo necesito saber la verdad. No quiero estar engañada. Siempre fui así yo. Desde los veintitrés años cuando… que yo comencé a reaccionar viste a hacer… golpeada viste en… viste con, con las

enfermedades de mi hijo yo siempre quise la verdad. Siempre. Prefiero eso y no la mentira ¿eh?…

E: ¿Por qué preferís la verdad, digamos?

U: ¿Por qué la verdad?

E: Aja

U: Porque… a mí me gusta decir la verdad y que me la digan a mí. ¿Sabés por qué? Porque yo ya, ya voy a saber de dónde agarrarme. Viste y no voy a estar engañada… a eso voy yo. Yo quiero estar siempre con la verdad, no con la mentira. Que siempre me digan "Sí, negra, esto está mal. Esto está bien". Pero no que me tengan a las vueltas, yo quiero la verdad. Por más mala que sea la verdad la tenés que saber. Si sufrís vas a sufrir igual porque si vos estás en ese período si te tienen a las vueltas como sabés… ¡estás sufriendo! Porque lo estás viendo que se te está yendo de las manos y vos no sabés lo que…Vos decís "No, él va a salir adelante"… y sin embargo con la verdad vos sabés si él, como puede estar una hora, dos horas, un mes, dos mes, tres meses, un año. Pero vos ya te estás haciendo la idea de que él ya no va a estar para vos él, viste. Yo pienso así, no sé.

E: ¿Todos tus hijos nacieron en el hospital?

U: Sí, los cuatro. Y la chica mía tuvo a los tres también acá. Porque tiene gemelos y también tiene el nene ese... hemofílico, también se lo atiende acá.

E: Y contame un poco sobre vos.... al comenzar la entrevista me habías comentado de que hicieron un banco de órganos... ¿cómo es eso?

U: Sí. Yo quería hacer unas… como un banco de órganos. “Mequi -le digo yo- pedile que nos haga una entrevista alguno, para ver o sacar en el diario”, le digo yo, “una nota diciendo que el gobernador nos ayude, para comprar factor para los chicos hemofílicos y así”. Va la Mequi me lo trae al Pilo Monzón [Risas] Te juro que cuando iba a terminar la nota me quedó un nudo acá… [Nota del Entrevistador: La entrevistada agarra con ambas manos su garganta] que no podía hablar. [Risas]

E: [Risas] ¿Y cómo les fue en esa entrevista?

U: Bien porque sacamos … y hizo Mequi, el coso de factores. Ahí un banco de órganos. No usa el chico mío viste pero como tengo mi nieto y hay otro chico más y si que… Le digo yo, fue bien porque dentro de todo fue bien, no para el pibe mío pero si Dios quiere y la virgen nos, va a volver al factor ocho otra vez. Así que… sí o sí voy a tener que pelear de nuevo, para darle el factor.

E: [Risas] ¿Y vinieron con un grupo de padres para conseguir eso o fue una iniciativa tuya nada más?

U: Eh… Mequi me, me dijo de qué me parecía porque yo había, nosotros habíamos puesto para hacer como se dice, como una, como una biblioteca. Yo recibo todos los meses una revista que se llama "Para Conocernos" de Buenos Aires, de la Fundación, ¿eh? Y ahí te explican como tenés que tratar a un hemofílico, que no le tenés que dar de comer cuando está inflamado, cuando está dolorido qué es lo que tenés que hacer, si le tenés que poner factor, si el medicamento que tenés que darle, adecuado, horario, si lo podés mojar, no lo podés mojar. Todo eso te explica. Y… yo habíamos dicho con Mequi de hacer una biblioteca acá, viste ya ahora digamos ya venir y dejarlo ahí para otra mamá o otro papá porque siempre ¿viste? Las mamás muchas veces les escapan a los hijos. Y otros vienen y que se sirvan de ahí, para cuando lo terminen de leer vengan que lo dejen ahí para otra mamá o otro papá que tenga el caso de nosotros. Porque yo le decía a Mequi, le digo "Yo porque yo la pasé" le digo yo, “vos me conocés” le digo porque antes era una japonesita que atendía, que la que era la jefa, la de, los chicos estos los asistentes sociales. Ella, ella me supo dar una mano, pero ya te digo yo no sabía leer. Yo recién ahora, este año comencé a ir a la escuela que estoy aprendiendo a deletrear. [Risas]

E: ¿Y cómo hacías para saber?. ¿Cuándo te llegan las revistas cómo hacés para leer?, ¿quién te lee?

U: No, yo me pongo a deletrearla… junto las letras… y por ejemplo me llama la atención acá… [Nota del Entrevistador: La entrevistada ejemplifica señalando las palabras del cuestionario de la entrevista. Papel que se encuentra sobre la mesa] Y me pongo en la cama y me pongo a deletrearla. Ahora. Y si no tengo un nene de nueve años que está en primer grado aprendió a leer y él me lee. O hay cosas que a mí no me salen y me la lee él. Y así voy leyendo.

E: Y antes cuando, cuando eh… años atrás cuando recién te enteraste de la enfermedad de tu hijo ¿cómo hacías para, para digamos para moverte?

U: No me preguntés porque yo no sé como hacía, yo lo único que decía era Dios mío ayudame, dame fuerzas y, y enseñame. Bueno. Entonces, yo digo, yo pienso que, que no sé si yo juzgo mal a las otras mamás o qué, pero aquellas mamás que dejan a los hijos viste porque son enfermos, tienen problemas o por cualquier cosa. No son mamás realmente porque yo no soy mamá, yo no sabía leer y sin embargo ¿cómo salí adelante? Yo fui a Buenos Aires y yo no conozco nada, yo no conocía nada. Yo no te cono… Cuando yo era soltera, yo no te conocía ni al, ni como es ese

que se cayó… el puente colgante, yo no conocía. Mi mamá no me dejaba salir a afuera, yo vivía para mis hermanos y para lavar en mi casa, ¿viste? Y yo, sin embargo, sin saber leer, sin nada yo fui a Buenos Aires. Después allá en Buenos Aires para volverme me pagaron una trafic desde Buenos Aires y me mandaron para acá. Me trajeron a mi casa.

E: ¿Y vos ahí no tuviste que pagar nada?

U: [Nota del Entrevistador: La entrevistada niega, realizando un movimiento con la cabeza] Yo tenía toallón, tenía jabón, tenía papel para el baño, tenía todo, tenía hasta televisor en mi pieza.

E: ¿Y de las cuestiones de los papeleríos o de hacer trámites?

U: No… Cuando me hacían preguntas así como me estás haciendo

E: Aja

U: Sí las contestaba. Esas sí las contestaba. Pero para firmar les decía yo que no sabía firmar. Ahora no, ahora tengo mi firma [Risas]

E: Claro como que ahora ya la tenés clara… [Risas] después de tanto tiempo…

U: [Risas] Ahora sé firmar… [Nota del Entrevistador: La entrevistada realiza un gesto con las manos, simulando hacer una firma en un papel]

E: ¿Y cómo firmabas antes?

U: Con el dedo. Y cuando me decían "tenés que firmar eso". Y yo era una persona que, como te puedo decir eh… Y yo cuando firmaba estaba [Nota del Entrevistador: La entrevistada se encorva, agacha la cabeza y mira hacia el suelo] Y yo no le iba a decir "¿qué dice en ese papel?" Porque me daba vergüenza. Yo decía "como voy yo a preguntar eso", decía yo entre mí, para mí. Y un día hablando con… con Mequi. Mequi me dice, le digo yo, "Hay Mequi queda mal le digo que yo…" porque yo hay cosa viste que… que… ¡bah! Ahora no gracias a… ya …estoy ya…

E: Ducha digamos…

U: Viste. Le digo "¿Queda mal -le digo- que yo pregunte?". "No, no queda mal", me dice. "Usted pregunte, usted cuando no entiende una cosa… 'Yo no sé leer dígame lo que dice ahí' y después recién firme" dice la Mequi [Risas] Y así.

Ahora me dice " Firmá acá". "¡Ah! no me lo podés leer, porque yo no puedo leer rápido". Y así. Antes no, yo era viste, con decirte que yo cuando nació me hijo me tuve que separar porque me tenía a los bollos, yo venía acá en el hospital y me internaban. Acá en sala ocho estuve internada una vuelta para fin de año estuve

veinticuatro, veinticinco, treinta y uno y primero de año con Rubén y vino y me dejó el ojo así … [Nota del Entrevistador: La entrevistada coloca su mano en forma curva sobre el ojo, ejemplificando la hinchazón del mismo] Y… y después ya me separé de él. Y lo mismo yo… ellos me decían "quedate ahí" y yo me quedaba ahí y agachaba la cabeza [Breve Silencio] Yo era una persona que viste que cerraba los ojos.

Nota del Entrevistador: Breve interrupción en la conversación porque ingresa un Asistente Social a la oficina.

E: Así que vos me decías que como que, que aprendiste a… a decir que es lo que querés y qué es lo que no querés.

U: Claro. Yo, yo te digo eh… no es porque vos estés acá con la Mequi, ni eso ni nada pero yo fui madurando a medida que la Mequi me iba enseñando las cosas, que me iba diciendo sí, lo que está bien y lo que está mal. Porque yo venía y le consultaba, porque yo tuve. Yo tengo mi mamá y mi papá que ahora falleció hace nueve meses pero… no tuve nada, no tuve mamá, no tuve papá, no tuve nada. Con decirte que yo me crié. Me hice mujer a los veinte entre que me pegaba mi marido, y que venía de mi familia, me crié a los golpes. Y más con esto, con el pibe este peor. [Nota del Entrevistador: La entrevistada, llorosa, enuncia estas palabras] Y yo venía y la consultaba a la Mequi, ya te digo yo hasta ahora que soy una mujer de cuarenta y un años, yo hay días que no doy más y vengo cuando está la Mequi y me pongo a llorar y la Mequi me entiende. Me da ese, ese valor la Mequi viste la Mequi que, que yo capaz si tuviera una hermana, si tuviera. Tengo hermanas pero no, no, no comparten lo que yo tengo ¿viste? El dolor que yo llevo, no comparten ellas conmigo porque ellas siempre me discriminaron y me dijeron que cómo yo iba a tener un hijo enfermo. Como ellas tienen hijos y son sanos, como yo iba a tener un hijo enfermo, ¿viste? Y como, como siendo analfabeta iba a tener un hijo enfermo y que ellos… yo me desarrolle, yo me desenvuelva bien siendo que ellos tienen séptimo grado. Y yo también, yo ahora con mí… el papel que vos me querés hacer firmar me lo tenés que leer, viste. Porque yo, yo para que no esté ahí queriendo averiguar que es lo que dice le digo "¿me lo podés leer porque no sé leer?" le digo. O le digo "me olvidé los anteojos no veo las letras". Bueno… pero yo viste, yo ya tengo esa ligereza que antes no la tenía yo, no la tenía.

Viste que yo ya te dije venía la Mequi y le preguntaba "¿Mequi esto está bien?" Y así, porque yo no, no, no agarraba no atinaba a ver… no a ver, a desenvolverme bien yo sola. Después con el tiempo fui, una la Mequi me apoyó y después yo no sé si es la maduración que viene después de los treinta años o qué, que yo fui madurando y

me supe desarrollar sola, hasta hoy gracias a Dios me desenvuelvo sola. Después de que mi hijo tuvo que ir a Buenos Aires, que yo veía que tenía que agachar la cabeza allá por cualquier cosa, viste.

E: ¿Y antes un ejemplo que tuvieras que agachar la cabeza?

U: ¿Por qué?

E: Aja

U: Porque yo era una persona que te hablaba y estaba, no soy como ahora, ahora yo te miro a la cara. Antes no. Antes me decían "¿Cuántos años tiene tu hijo?" [Nota del Entrevistador: La entrevistada responde modulando la voz, como dramatizando la situación] Tres años. ¿Viste? O "¿trabajás vos?". "No, no trabajo". "¿Qué hacés?" "Nada". ¿Viste? Y era de esas personas. Ahora no. Ahora yo eh, todos me dicen "como te, como te, te avivaste de golpe". Pero qué no me voy a avivar le digo yo si… Ahora yo ya te digo si yo tengo que sacar los ojos por los cuatro hijos que tengo, ahora yo los saco, viste pero…. Yo soy como una leona [Risas]

E: [Risas]

U: A mí me había puesto leona el doctor Baj porque dice "como que no le toquen el crío a ésta que es como una leona" dice. [Risas] Yo nunca tuve… no para eso fui …fui una persona que ya te digo sumisa, que me decían las cosas y después ya no. Más cuando me dio cuerda la Mequi, no me dio cuerda, me avivó, viste, a ser una persona, si, a nadie le tenía que bajar la cabeza si yo no iba a robar ni nada. [Breve Silencio] Yo iba para preguntar una cosa que yo no entendía. Y ahora ya te digo, ahora no. Ahora me gusta que me digan esto y esto está pasando y no que me mientan. Yo quiero que vayan de frente conmigo, que digan de frente las cosas. Es eso.

C. II.2.b

E: ¿Y para usted cuáles son las características que tiene que tener un médico para que usted lo considere como un buen médico?

U: Y no sé, no caigo muy bien. Pero, pienso que este doctor, por ejemplo, para mí es una excelente persona, es un médico que sabe mucho de la cuestión porque desde el momento de que yo estoy con él me dio con la tecla. O sea que, me derivó primero al hospital Centenario, ahí porque acá no se hacía el cateterismo. Bueno, me hicieron el cateterismo allá, vine acá, le traje resultados porque los resultados míos viene, vienen escrito y firmado. Lo grabaron en una película …

Nota del Entrevistador: Interrupción de una persona quien pregunta "¿hay alguien?", señalando las ventanillas expendedoras de turnos, del Servicio de Estadística.

U: No, no hay nadie porque hoy es el día del empleado público. Entonces no atienden.

Esteee lo vio él entonces cuando lo vio el problema que tenía me dijo él ya: "bueno acá –dice- no que da otra que alternativa… tiene que ir al cuchillo". Claro y directamente. Y… yo ahí me di cuenta que es una persona muy capacitada, una persona que es muy responsable porque cuando él me vio así directamente, no es de mucho apuro porque no es de gravedad pero hay que hacerlo. Hay que hacerlo hoy, hay que hacerlo mañana, o se puede hacer pasado porque no es de urgencia pero … Entonces fue cuando le dije yo "¿y qué más vamos a esperar?, que se agrave… ¡No!. Vamos a empezar ahora y hagámoslo ya entonces yo ya me quedo mas tranquilo también". Y gracias a Dios si no fuera por el problema de la presión, yo ando pero perfectamente bien… yo no siento nada. Salvo como te decía los días de mucha humedad que, lógico… eso es una cosa que ya … se sabe que cualquier operación… no solamente la de corazón, cualquier operación, uno lo siente. Porque yo no soy operado de otra cosa pero tengo mi señora que tiene varias operaciones y ella siempre que está el día húmedo y así pesado…

Nota del Entrevistador: Interrupción de una señora: "Disculpen. ¿No saben si hoy atienden acá?"

E: No, porque hoy es el día del empleado público.

Señora: ¡Ay! Gracias… eh

U: No hay nadie. Estee… ella es operada tiene varias..., tiene varias operaciones incluso la, la vaciaron hace ya veinte años, ella no tiene órganos eh… esa fue la operación más grande que tuvo y ella cuando hay días húmedos así, se queja. Siente. Siente la panza, lo siente a los brazos porque es operada del, del apéndice también, operada del hígado, que no sé, si tiene la mitad de las cosas que tenía originalmente así que… Pero yo también, yo esos días así, siento el pecho, lógico la operación, en la cicatriz siento que me molesta un poquito. Pero nada más que eso. Otra cosa no.

E: Y a usted, el hecho de poder operarse, ¿le cambió la vida, tuvo que hacer otras cosas que antes no hacía, o dejó de hacer cosas que antes hacía?

U: Claro, dejé de hacer cosas sí, porque yo por ejemplo… eh… después de

operado ya no puedo tener... ya no puedo hacer esfuerzos. Yo soy electromecánico, eh, el oficio mío es la electromecánica Y antes trabajaba, esteee, me dedicaba a hacer el embriague a autos, camiones, camionetas, tractores, cosas que ya ahora no puedo hacer ya, porque es cosas pesadas. Yo para cambiarle el embriague a una camioneta le tengo que sacar un motor, para un auto también le tengo que sacar el motor, entonces, eso ya es cosa pesada, eso ya no lo puedo hacer. Hago cosas livianas, o sea, tengo queee..., la parte eléctrica, por ejemplo, cambiar una lamparita; con ayuda de alguna persona tirar cables, cambiar cables eh… todo, todo cosas livianas… No me tengo que poner nervioso. No tengo que tener disgusto [Tose] Y todas esas cosas así pero ya cambió completamente porque yo antes hacía lo que venía … Tal es así que fui camionero once años trabajando, trabajaba en transporte, en trasporte de carga y andaba sólo. Yo cargaba y descargaba el camión sólo.

E: Uy…

U: Y era un semi remolque. No era un camioncito así no más chiquitito, no, con veinticinco o treinta toneladas y yo tiraba la mercadería a la culata o la puerta del costado del camión porque era un furgón y ahí que se encargaran los clientes de terminar de bajarlo. Pero yo arriba del camión me movía sólo con la mercadería. Había que estar ahí. Y sin embargo, nunca tuve problemas. Pero, ya ahora, eso no lo puedo hacer. Así que ahora tengo que dedicarme a hacer cosas livianas que, en este momento, entre la edad y la enfermedad no consigo nada. Porque con la edad ya nadie me quiere porque soy viejo para trabajar y joven para jubilar. Me falta un año todavía para cumplir los sesenta y cinco, para poderme jubilar y …y, este, cómo es, y entre el, eh, con el asunto de la enfermedad que no hay trabajo y yo para trabaaa, para hacer yo, necesito un trabajo liviano ¿Y qué trabajo liviano hay? Si no hay trabajo, ¿qué trabajo liviano puedo conseguir? No puede ser. El drama es ese. Por eso ando haciendooo, viendo a ver si puedo trabajar de remisero, que también está el problema porque me dice Vicario “usted –dice- tenga cuidado –dice- porque la calle está muy jodida. El sistema nervioso puede entrar a trabajar” Y tiene razón. Hay que trabajar con mucha tranquilidad. Y acá ya no está para andar, hay que andar y aguantarse lo que venga. Y uno, como no me tengo que hacer mala sangre y yo me empiezo a hacer mala sangre y ya te digo, estuve… tengo problemas en mi casa yo me empiezo a hacer mala sangre y … caigo en esto. Otra vez de vuelta con la presión alta y a internarme. Porque no es que me baja enseguida la presión. Estoy tres, cuatro días. Recién me empieza a bajar de a poquito.

E: ¿Y económicamente cómo se mantiene usted ahora?

U: Y yo, con mi señora, por ejemplo, la vez pasada compramos una máquina de tejer. O sea, yo cuando me dieron, me operaron ya tenía una máquina de tejer que era de… ella … se dedicaba a tejer a sí a mano o a máquina, ¿vio? Entonces yo me empecé a dedicar un poco más y hemos hecho prendas tejidas a máquina. Más que nada bufandas, hemos hecho bastante. Igual gorros para la cabeza, eh… los dormilones dichosos, esos que usan tanto la, la gente de hoy en día y algunas prendas así, saquitos, saco para chicos, sacos, chalecos y así con esas cosas. Tenemos dos máquinas que las tenemos trabajando, o sea, que las tenemos para trabajar pero en este momento no hay plata. Entonces, se mueve muy poco. A veces por ahí hacemos pan casero. Ahora cuando yo me vine, mi señora tenía el horno prendido para, el horno de barro que hice, estee lo estaba preparando para hacer pan casero, para vender algo. Y así vamos. Y la pensión, a mí no me dan la pensión porque ella es pensionada así que a mí no me dan la pensión por eso. Qué va a hacer.

E: ¿Y usted tiene hijos?

U: Sí. Y tenemos cuatro. Dos mujeres y dos varones. Las dos mujeres mayores y los dos varones después.

E: ¿Y ellos lo ayudan un poco a usted o…

U: Y sí, de algo siempre por ahí nos ayudan. No monetariamente porque también andan todos ajustados. Pero algo… o nos dan un poco de mercadería o nos llevan algo y así… a veces nos compran la mercadería de lo que nosotros hacemos, las mandan a hacer. Y yo le he hecho algo a los nietos pulóver, algún chaleco, bufandas así. Así que, eso parece que no pero siempre…

E: Y la cuestión de su trabajo, el trabajo que usted me comentó que cerraron el taller, ¿cómo quedó todo?

U: No, no pude hacer nada. Porque el abogado que me tenía el juicio no pueden dar con la persona, o sea no pueden dar con el paradero de esta persona. Entonces, eh… como dice "¿a quién le ponemos en el juicio si no lo podemos encontrar?". Hay, hay o sea, acá, [tose] el galpón y el terreno donde está le galpón está a nombre de él pero… y ¿a dónde está él? Sí, se puede hacer un embargo sobre el galpón pero cuándo, para cuándo. Y así estamos en veremos todavía, esperando a ver si algún día sale algo… se puede. Le digo "me parece que me voy a morir antes de que pueda cobrar algo", ¿eh? [Risas]

E: Y hay que tener… más… eh… un poco de esperanza… a lo mejor…

U: Y sí, un poco de esperanza pero hace ya cinco años ya. No, seis años ya,

desde el noventa y cuatro, seis años ya. Va a ser ahora en enero, porque fue el cuatro de enero del noventa y cuatro. Ya vamos a entrar al dos mil uno. Ya la esperanza de a poco ya se le va yendo… sí… tanto tiempo pasa que la esperanza... Unooo, un año, dos años, tres años a lo mejor tenés una buena esperanza todavía pero después ya… Y muchas veces que los abogados no se preocupan mucho tampoco, no se preocupan mucho. Porque si se preocuparan yo creo que lo pueden conseguir. Ellos, principalmente, que andan con muchas cuestiones, lo pueden conseguir. [...] En algún lado tiene que estar porque el tipo humo no pudo haber hecho. Algo, en algún lado tiene que estar. Ahora, ¿dónde? Dicen que puede estar en la provincia de… porque él, él y la señora eran de … de Arroyo Cabral, provincia de Córdoba. Yo estuve en varias ocasiones ahí, en Arroyo Cabral, en casa de la hermana de la señora y todo pero no me puedo hacer un viaje hasta allá para ir a preguntarle a ellos ¿a dónde están? Porque ellos deben saber dónde están. Pero yo cómo me costeo un gasto para ir a Arroyo Cabral que queda allá pasando Villa María, para ir a averiguar eso. En cambio ellos los abogados, sí, porque tienen conocidos, tienen a lo mejor otras maneras de comunicarse, de conseguir un lugar en que puede estar por… cómo ubicar a esta persona.

E: Claro, por ahí ir a otro lugar, a Defensoría del Pueblo o a otras instituciones por ahí…

U: Y sí, ir a alguna institución pero en este momento todos necesitan una colaboración porque vos vas a un lugar y te piden una colaboración y en este momento yo no tengo plata. Hay veces que ni para el colectivo tengo, ni para el colectivo tengo. ¡Qué colaboración puedo dar!

E: Y… ¿cuántas personas trabajaban con usted?

U: Y éramos cuatro. Éramos cuatro que trabajábamos. Éramos tres que estábamos efectivos y uno que hacía changas y quedamos en pampa y la vía. Y a raíz de eso fue … lo que me dijo el psiquiatra allá en la Fundación Favaloro me dice “usted –dice- tuvo problemas… y el cigarrillo fue uno que era grave pero el más grave fue el problema de los nervios”. “Eso fue lo que más le jorobó –dice- porque la, el asunto de laaa, cómo es, del infarto”. Una venía... “el cigarrillo –dice- no fue tanto ahora –dice- pero a la larga le iba a traer problema, ese problema, pero el que más influyó fue el problema de los nervios. Eso fue lo que lo terminó de matar”. Pero gracias a Dios acá estamos, todavía tironeando.

E: [...] Bueno, muchas gracias Fernando, muy amable por venir hasta acá

U: Hay que continuar en la lucha, nomás. Y ahora me voy al taller a ver si me

dan eso, así voy, voy a armarle el auto, voy a ver si funciona todo bien. Parece que no, pero todo tiene sus bemoles… [Tose] Ya hace, ya hace unos cuantos días que ando detrás de esta cuestión… eh… pero me voy, las veces que me voy, lógico, la gente esta... el poco trabajo que pueden tener lo tratan de hacer lo antes posible porque también quieren cobrar… es todo una cadena. Yo no puedo ir, tampoco puedo pedir por hacer una cosa cada tanto que hago, decir "necesito que me presten la máquina diez minutos".

C. II.2.c.

E: Y usted, este, ¿Cuáles son las características que para usted tiene que tener un profesional para que usted lo considere un buen médico?

U: Y confiar en él.

E: Y pero ¿qué características debe tener el médico para usted?

U: Y que te explique bien las cosas y … [Breve Silencio] qué sé yo, ya la fama también te lleva a confiar en el médico. Yo en Favaloro iba..., fui con los ojos cerrados… Yo por ejemplo, eh… cosa que he comentado con varios amigos, yo fui a un médico acá, que es el que no me puedo acordar el apellido, que era que..., hace..., por el problema de la vena tapada, obstruida que me mandaron, me dice "vas a tener que ir a Rosario". Claro, yo fui, me mandaron a Rosario porque es el lugar más barato porque eso lo paga el hospital. Lo que me hicieron a mí en Rosario salió trescientos pesos, ahora están cobrando cuatrocientos en cualquier hospital, sanatorio. Los sanatorios cobran cuatrocientos. Como el Centenario cobran trescientos, me mandaron allá. Tal es así que le digo: "¿doctor eso me lo va a hacer usted?". "No, no eso lo elige, lo elige el hospital" [Carraspea]

Le digo "¿y qué le parece la operación?", le digo. "Y…che, y... está saliendo bastante bien". ¿Cómo quedás vos? Yo cuando llegué allá, me atiende Favaloro... "¿qué le parece doctor?". "No te preocupes de acá no sale nadie muerto. Esto para nosotros es una pavada. Te vamos a cambiar unos caños y te vamos a cambiar una válvula. Te despertás y después a caminar".

Antes de operarme me vio… me vio él. Me dice "bueno, ahora te voy a presentar gente que va a trabajar conmigo…" Me mandó al psicólogo, hablé con el psicólogo. Me dijo "mirá pibe vos estás en blanco y negro –me dice- Te veo así yo, te veo en blanco y negro. Tenés tu problema, que sé yo, pero de acá vas a salir una pinturita". Voy al anestesista y le digo, me dice, me dice "bueno, yo soy fulano de tal, soy brasilero. A mí me conoció René Favaloro en Brasil y me trajo a trabajar con él. Él

estuvo muy conforme conmigo, vos vas a estar en mis manos, si me paso me paso, vos quedate tranquilo flaco que acá no pasa nada". Cómo uno no va a ir a la sala de operaciones, "bueno, háganme todo". Porque ellos te levantan. En cambio el de acá, ay ¿cómo se llama? Esperate un ratito… Vicario, doctor Vicario, doctor Vicario [Nota del Entrevistador: mientras el entrevistado enuncia el apellido del médico cambia de postura corporal, endereza la columna vertebral]

E: Se sienta derecho.

U: Sí, todo, un espectáculo. Le digo "¿Y doctor que le parece lo que me van a hacer?". "y…está saliendo bien". Como diciendo, qué sé yo. Yo creería que no, está muy bien todo, aunque te mientan.

E: ¿Usted preferiría que le mientan?

U: Pero que no me digan que es una operación en la que me voy a morir. Porque de la manera que te lo dicen, como me dijo el Vicario este como diciendo "y están saliendo bien". Yo sé que fue, que es una operación bravísima la que me hicieron a mí. Tal es así que mi cuñado me dijo "Yo Pichón, pensé que te morías" "¿Por qué?", le digo. Claro, yo no sentí nada, no vi nada. "No, porque un tío mío -me dice- se quedó en la operación". "Muchos se habrán quedado -le digo- pero era otra época aparte. ¿Cuantos años hace?" "Y diez años" "Y, cambió mucho" Cambia eso, cambia una barbaridad. Te digo yo no conocí la sala de operaciones, el quirófano, no lo conocí. Terapia, no la conocí.

E: No la conoció

U: Estaba dormido ¿eh…?

E: Y qué cualidades para usted tiene un buen médico. Usted me dijo antes que usted tenía que confiar ¿Y qué más, digamos?

U: [Breve Silencio] Y ser qué sé yo, no amigos pero tener una cierta amistad, no es cierto… No sé porque yo médicos realmente no he conocido en mi vida, salvo ahora este último tiempo. Por ejemplo, al médico que me operó lo vi una sola vez. Una sola vez y después no lo vi nunca más. Ellos tienen su equipo. Después vino otro que me sacó los tubos y me dijo… que fue el que realmente me despertó. Entró a la sala, gol..., sentí que me golpeó. Me dice "Rodríguez ya está operado. Siéntese". Me senté. Me sacó dos tubos de acá… [Nota del Entrevistador: el entrevistado señala su pecho]

E: Aja

U: Me puso un parchecito, sacó un poquito y me dice "Bueno, siéntese que tiene que empezar a caminar, ¿eh?". "Bueno, doctor". Cuando terminó de decirme eso,

yo ya me estaba acostando. “No –dice- levántese y camine”. Y me levanté y caminé.

E: ¿Y usted trabaja?

U: Yo no tengo trabajo, no tengo nada. Tengo una pequeña colaboración de uno de mis hijos y nada más. Yo antes de la operación sí hacía silloncitos de, de sauces, yo tengo una de las bases…

E: Aja

U: Ahora te voy a mostrar...

Nota del entrevistador: El entrevistado se levanta haciendo un esfuerzo y se dirige a un pequeño galpón donde saca un silloncito y me lo muestra.

U: Estos son los más chiquitos viste… después están los grandes viste yo…

E: ¡Ah!

U: Yo haciendo eso, más o menos, yo después iba un día a Santa Fe y vendía cuatro o cinco y…

E: [Interrumpe] Están buenos…

U: Sí… [Risas] Están hechos con ramitas de sauce, para hacer eso tenés, para cortar eso tenés que agarrar una canoa remar y ese es el trabajo que no puedo hacer todavía viste… [...] Esas ramas están en la isla, adentro… Se hacen de ese tamaño, se hacen grandes, se hacen dobles… según… [Carraspea] acá hay varios que hacen. Acá enfrente hay un muchacho que hace también. Yyy bueno y ahora todavía no puedo hacer porque me agito un poco todavía yyy tengo que cuidarme hasta que cierre bien la … que ya casi no tengo casi nada, ¿no? Pero adentro todavía me están saliendo hilos, ¿vos ves unos cositos negros ahí?

Nota del entrevistador: el entrevistado me muestra el pecho, donde se puede observar unos hilos negros.

E: ¡Ah!, sí

U: Bueno, están los hilos que están saliendo... Eh… yo me considero una persona que… alcohólica. O sea, [Carraspea] eh… yo tomaba un litro de vino por día, a veces me tomaba dos. Pero es acá donde los tomaba. En Santa Fe no. ¿Por qué? Porque yo en Santa Fe trabajaba tenía mis obligaciones y acá pienso mucho yyy la soledad yyy extraño a mis hijos y…. Aunque hablo por teléfono con ellos y los veo. Todas las semanas voy. Me hago unas escapadas bárbaras. Ellos vienen muy poco porque no pueden. Uno trabaja mucho y el otro, el otro estudia y trabaja a la vez, o sea… Yo me pongo nervioso y ya... y quiero tomar un vaso de vino, o sea un

escape… pero ahora que no tomo, qué se yo…, dos meses largos. No tomo [Carraspea] Si me llama por ahí sí. No es que lo tome, pero que me llama… Yo me encuentro corto de dinero yyy ya me preocupo, me desespero. Soy un tipo que está viviendo con cien pesos por mes… estee con eso compro la garrafa. Está bien la compraré una vez cada tres meses, eh… comprar la azúcar, la yerba, el pan.

Cuando voy a Santa Fe, mi hijo trabaja en un restaurant, trabaja en La Fontana, él es el encargado de ahí, tiene veinti... veintidós años va a cumplir ahora y bueno él me guarda, él sabe que me tiene que guardar las alitas, la carcasa del pollo, los huesos. Lo que ellos descartan para hacer bife. Me hace una bolsita, la traigo y yo como. Yo como cualquier cosa. Eh… y bueno, trato de, de no gastar. La vez pasada me había [Carraspea] conseguido un plan trabajar, por ejemplo… que iba una vez por semana, porque quien me lo dio sabe perfectamente que si no no me alcanzaba … lo dejaba en el colectivo. Porque ahí sí tenía que hacer otro pase de colectivo allá. Y cada viaje a mí me salía cuatro pesos. Para cobrar ciento veinte pesos por mes… Y bueno, fui a trabajar una o dos veces por semana. Pero se cortó Me dijo “Rodríguez, no tenemos más”. No me lo renovaron ni nada. Aguántatela pichón.

E: ¿Cómo es un día de su vida?

U: Yo generalmente a las ocho y media estoy durmiendo. Y a las seis ya estoy despierto.

E: [Interrumpe] ¿Y por qué se acuesta tan temprano?

U: [Breve Silencio] ¿Por qué me acuesto? Porque acá sino te acostás temprano que hacés. Afuera no podés estar porque te comen los mosquitos y an… andar con los vecinos en la calle no me gusta. Una que le tengo miedo a los perros y hay una perrada acá. Cuando tenía el auto sí, viste, salía con el auto me iba acá a tres cuadras, que vive un señor que es de Buenos Aires y vive acá ahora, viste. Que le gusta estar acá. La mujer viaja a Buenos Aires. Está allá, vuelve, va, viene. Pero el tipo tiene el tiví, ese…

E: ¡Ah! El directv

U: Directv. Él “escuchame, ¿tenés aceite?”. “Sí, tengo un poquito”. “Bueno, damelo”. Pero él tiene tiví

E: [Risas]

U: Se gasta cuarenta y cuatro pesos en tivi.

C. II.2.d.

E: ¿Y cuáles son las características que tiene que tener un profesional para que vos digas que es un buen médico?

U: ¡Uy! No ni idea che, no sé. Yo vengo que me atiendan y que me digan lo que me digan está bien. En eso no tengo mucha experiencia ya te digo es la primera vez que vengo.

E: ¿Y o sea cómo es eso "que te digan lo que te digan está bien"?

U: Claro, si te lo está diciendo él es porque es doctor yo no, yo no puedo saber más que él. Si él estudió para eso, así que… pienso que es así.

E: Como que vos venís y …

U: [Interrumpe] Sí, si me dice tal cosa y es tal cosa. [Breve Silencio] Está bien.

C. II.2.e.

E: Y bueno, ¿cómo es digamos para vos la atención hospitalaria?

U: Muy buena, muy buena. Muy buena yo con todos los médicos… me conocen lo saludo a todos. Excepto una sola doctora que es residente, que es nuevita yo por eso la entiendo. Una vez estuvo el nenito internado acá y bajé abajo porque yo me sentía descompuesta, ¿no? Y le dije a ella, “yo tengo tal y tal problema, me atiende la doctora Trosch”. Y bueno, y ella para tocarme unos ganglios que no hay sangre, que no hay nada. Vos viste que es imposible que vos te contagies… se puso como seis pares de guantes ¿viste? Y a mí eso me molestó, me molestó mucho porque mi doctora jamás se puso guantes para atenderme excepto que esté la doctora que … que es más que ella que le dice por ahí "Ponete guantes, ponente guantes". Si no ella nunca usa guantes … ella se puso como seis pares de guantes para tocarme unos ganglios nada más y tocarme la cabeza. Eso fue lo único, después otra cosa con todos me llevo bien, todas las enfermeras, todas me conocen, todos los doctores…

E: [Breve Silencio] Vos por ahí decías como que la doctora es como tu amiga[88], eh… cómo es esa relación que vos ves digamos de amistad, ¿en qué la ves digamos?

U: En, en muchas cosas porque yo muchas veces tengo problemas y yo vengo se los cuento a ella, familiares, eh… problemas míos que no se los cuento a nadie, vengo y se los cuento a ella y ella me da consejo. Ella también a veces me cuenta algunas cosas que ella hace. ¿Entendés? Es más mi amiga que mi doctora, siempre.

[88] “A parte que mi doctora es más mi amiga que mi doctora...”

Hay dos doctoras, está la doctora Gambino y la doctora Trosch. La… la doctora Gambino ya es más seria, es más… es más doctora. La doctora Laura no, es más compañera. ¿Me entendés? Va yo lo veo así.

E: Aja. [Breve Silencio] ¿Y cuáles son las características que para vos tiene que tener un buen profesional para que vos lo consideres como un buen médico?

U: Y eso que … paciencia. La… la… saber tratar a la gente. Porque hay muchos médicos que dicen sí soy médico pero… muchas veces no… vos te das cuenta que no es nada que ver, qué sé yo, supongo eso. Paciencia, saberla tratar a la gente y escucharla. Y muchas veces vos le decís: "hay me duele acá". Y te revisan, no te dicen: "¿pero cuando empezó el dolor?", "¿y cuándo empezó todo?" No te dicen nada de eso. Te revisan… "Ah, sí tiene tal cosa". Supongo yo.

Nota del Entrevistador: Interrupción de una señora que ingresa a la oficina por la ventana.

E: Para que yo pueda comprender mejor… por ahí antes que llegaran estas enfermeras vos me hablabas de una cuestión en el trato de… de que son médicos pero no son médicos… ¿Cómo es eso?

U: Claro, porque… ya te digo. Hay muchos que dicen bueno eh… si tratan… muchas veces tratan mal a la gente, porque es verdad eso… muchas veces que te tratan mal, por hay… que no, que no tiene tiempo, "que no, que venga a la hora". Vos te estás muriendo ahí, "No a esta hora no atiendo". Te dejan colgada. ¿Me entendés? O por ahí te atienden pero ya te digo, le decís bueno me duele acá y te revisan ahí y nada más. Ahí quedó todo viste. Y te dan una cosa y a lo mejor no es eso. Porque a mí me ha pasado, me ha pasado. Cuando me dijeron una cosa y nada que ver era otra cosa. No, no acá pero me ha pasado.

E: Viste que por ahí vos antes me decías que tu médica antes de ser tu médica era más tu amiga, ¿cómo es esa cuestión de ser médico y de ser amigo?

U: Mucho porque ella ya te digo, ella me trata como, no como un paciente… ella me trata… no sé como que años que me conoce. Y ella sabe cuando tomo las pastillas, sabe cuando las dejo de tomar, ¿me entendés? Y se preocupa mucho, no sé.

Y es diferente a otro médico, otro médico a veces vos vas a otro médico vos vas y no te tiene en cuenta. Vos fuiste a lo mejor tres veces y después volvés a ir y vos después te acordás del médico. Pero ellos tienen tantos pacientes que a lo mejor ni se acuerdan, viste, será que porque yo tengo eso mi doctora se acuerda, no sé. [Breve Silencio] No sé, yo lo siento así. Es diferente a otro médicos. Muchos médicos siempre

te atienden como un paciente…

E: [Interrumpe] ¿En qué estaría dada esa diferencia? Vos recién me dijiste que te reconocí…

U: [Interrumpe] Claro

E: Que sabía quien eras y demás…

U: Claro

E: ¿Y en qué otras cosas? ¿En qué otras actitudes vos ves que es… que es un trato diferente?

U: Y en todo, en todo ella es diferente. Es… como te podría decir… [Breve Silencio] No sé es diferente a otros médicos… no sé como explicarte viste… [Risas]

No sé como explicarte… [Risas] No encuentro las palabras. Es cariñosa, conmigo, con mi hijo. Ella te da un beso cuando llegás, cuando te vas. [Breve Silencio] Es diferente, yo qué sé yo me siento… tengo más confianza en ella que con otros médicos. A parte ella te da esa confianza con vos, que vos puedas charlar tranquila con ella. [Breve Silencio] No sé…que más decirte no sé.

E: ¿Cómo es un día de tu vida?, ¿trabajás?

U: Sí, dep… hago de todo un poco. Yo… nunca estoy al divino botón. O vendo productos, ando de un lado para el otro. Por ahí vendo ropa… por ahí me llaman para lavar la ropa de una casa o de alguna casa quinta. Y yo voy. Siempre estoy en movimiento, nunca me quedo. Esperando que llegue, no. Siempre estoy buscando más. A parte yo vivo, yo estoy en pareja pero mi pareja vive acá en Santa Fe porque él trabaja y estudia y todo y le conviene más quedarse acá y a veces se va los fines de semana para allá. Así que estamos acostumbrados con mis hijos estar solos así… pero siempre andamos… no nos quedamos. A dónde voy yo van ellos, también. Dentro de lo que puedo porque por ahí…

Nota del Entrevistador: Breve interrupción porque Cecilia reta a su hijo porque juega con unas monedas (dinero)

Yo tengo veintisiete años. Tengo cinco hijos... tengo una bebé de cinco meses. Después otro de un año y medio, él de cinco años, [Nota del Entrevistador: la entrevistada señala a uno de sus hijos presentes durante la charla] la otra de seis y la otra de ocho.

D. Instancia Diagnóstica

D.I.1.a

E: ¿Y cuáles son las preguntas de rigor a realizar en una consulta?

M: Y depende, depende. Depende el tipo de problemas que tenga el enfermo. Pero lo habitual es averiguar cuál es el motivo por el cual consulta y de acuerdo al motivo por el cual consulta, si es una enfermedad reciente, si es una enfermedad antigua. Eh… si le ha ocasionado alguna pérdida de peso, que trastornos le produce. En fin, algo para ir… de acuerdo a lo que, de acuerdo al motivo de consulta del enfermo orientarlo e ir a buscar más o menos cuáles son... el interrogatorio para ver... estee, localizar más o menos a dónde está el proceso, ¿no? de enfermedad.

E: ¿Y usted eh… frente a un paciente con caso problemático o con un cuadro difícil de diagnosticar qué hace o cuáles son los pasos a seguir?

M: No, no. Yo trabajo en equipo, yo trabajo… Además, de la parte privada, acá en el hospital tenemos un equipo de gente, todos los casos problemas, todos, se discuten. Se hacen ateneos dos veces a la semana en donde se presentan los casos problemas [Tose] Y además, hay ateneos intrahospitalarios, con los distintos servicios para problemas [Tose] de otra índole o más complejos. Eso sirve para mejorar la atención porque entre el grupo de gente que evalúa un, una patología determinada, las posibilidades de error son mínimas o menos, y además sirve para aprendizaje, tiene una doble función.

Y en la parte privada trabajo con mi equipo, o sea, que en ese tema, los casos problemas siempre van a consultas, nunca… el trabajo sólo hoy no va, no existe, no debe existir. [...] Salvo en el medio del campo donde existe una sola persona y bueno que hay veces que a ese médico se le carga demasiado las tintas y yo creo que hay que saber lo que es trabajar en esas condiciones. Yo creo que es muy admirable y es más debería tener más posibilidades de que él pueda acceder a apoyo de, de otra gente, tener posibilidades de derivar más gente cuando hay, cuando él no puede solucionar un problema porque la complejidad va aumentando en la medida que uno va adquiriendo más, las cosas se hacen más grandes, ¿no? Es un pueblito es difícil competir.

E: ¿Y esta cuestión del trabajo en equipo por qué es tan importante para usted?

M: Porque… [Tose] ayuda a comprender, a ver y a descubrir mejor las cosas,

¿no? Donde la opinión de dos o tres o cuatro personas que estén formadas, siempre estee ayuda a llegar a un entendimiento. Es como que se ven, hay más ojos para ver lo mismo. Yo creo que… hoy el trabajo de la medicina se hace en equipo ya no se hace en forma individual, en los equipos donde estee se trata de estar a las alturas de los avances y de los, de, de las cosas que van apareciendo nuevas, que van ayudando a limitar que el error humano sea cada vez más, más chico, ¿no es cierto? Hoy tenemos métodos de estudio que antes no existían, la ecografía por ejemplo. Una cosa que hace, no hace muchos años que está en uso y que nos permite hacer unos diagnósticos que antes era de sospecha por examen clínico, por la semiología, por los ana.... Había un margen de error que hoy, con eso no, prácticamente no existe, ¿no?

Y en la patología humana eso debe ser siempre mínimo, debemos tratar de ser cada vez más perfectos porque un error puede costar, a veces, una vida.

E: Y usted antes me decía que… que el paciente que venía acá al hospital eh… a diferencia del consultorio, el del Consultorio era un paciente más ilustrado. Eh…¿cómo juega digamos, esa… la capacidad de entender o la ilustración entendida digamos, en educación en el tratamiento o en …?

M: [Interrumpe] Mientras más cultura tiene un ser humano, mientras más conoce, mientras más se preocupa, cuando más le interesa conocer las cosas eh… es más complejo tratar de convencerlo de determinadas, de determinados tratamientos. O sea, el que no sabe nada se somete porque no tiene conocimiento, a veces no tiene inquietudes, es muy simple en su vida. No es lo mismo vos que ya estás a una altura de tu vida donde evidentemente estás haciendo una licenciatura, has superado un montón de … no es fácil haber, que alguien venga y te diga hay que operarlo de vesícula porque hay que operarla de vesícula. A vos te tienen que convencer que es un tratamiento que no puede seguir; no, no pudieron hacerte un tratamiento médico porque no sirve sino que hay que hacer un tratamiento quirúrgico porque es el único que te puede solucionar el problema, porque las complicaciones que podés tener no haciendo este tratamiento son estás, estás, estás...

O sea va cambiando, vos exigís inclusive más y es mejor que sea así… Entonces muchas de esas personas, que antes, antes no venía esa gente al hospital, esa gente se iba directamente a un sanatorio, hoy están todos acá porque han perdido el negocio, porque han perdido el trabajo, porque han perdido el dinero, por lo que sea. Pero, entonces ha cambiando estee digamos, el grupo humano etario que viene al hospital, es distinto, eso se ve.

E: Y con el otro paciente, el paciente indigente, el paciente que no conoce, que

no sabe que…

M: El tratamiento a veces es más simple porquee él es más simple también, ¿no? Estee, no pide a veces demasiada, no pide porque no la conoce o porque es corto y porque tiene miedo, vergüenza. Estee eso es la cultura, eso es la cultura. Yo creo que hay muchos gobernantes de nuestro país, de nuestro país que, hoy, si la gente fuera culta no lo votaría porque solamente la falta de cultura hace que una persona se equivoque tres o cuatro veces en su vida, o sea, no hay aprendizaje evidentemente.

[Silencio]

E: Y con respecto digamos al tratamiento eh… cómo juega digamos esa …

M: [Interrumpe] Y colabora más…

E: ¿Colabora más?

M: Colabora más. Cuando, mientras más complejo es un tratamiento la persona que es responsable con, que conoce, que se preocupa de su salud y de su vida y bueno, colabora y lo cumple lo mejor posible y está el otro que no le importa nada.

E: ¿Usted que prefiere más estar en el quirófano o atender en consultorio externo?

M: Las dos cosas, las dos cosas son importantes, las dos cosas. Eh... atender el consultorio es fundamental porque al enfermo se lo adquiere a través de la consulta, ¿no cierto? Yo creo que una cosa, solventa a la otra, ¿no?... Es más lindo a lo mejor tener el enfermo estudiado, ir nada más que operarlo y … Pero yo creo que le faltaría una pata a la silla si uno hace eso sólo, ¿no cierto?. Tiene que tener… sobre todo cuando uno se está formando eh… es fundamental la parte de consultorio, o sea para poder llegar a un diagnóstico es fundamental lo que se llama interrogatorio, examen y todo ese tipo de cosas que hace que uno más o menos pesquise que enfermedad tiene.

D.I.1.b.

E: ¿Cuáles son las preguntas de rigor que Ud. tiene en una consulta?, digamos con el paciente...

M: ¿Al paciente?

E: Ajá

M: Bueno, en cirugía es distinto que en clínica. Eh, generalmente... Para nosotros, en cirugía plástica generalmente, el paciente ya viene con el diagnóstico. Él, él dice, vengo por tal cosa. O sea al diagnóstico no hay casi que hacerlo. Generalmente el paciente viene con la... el paciente dice tengo este tumor, tengo esta verruga, tengo este lunar que me ha crecido, entonces ya le dice, tengo tal cosa. Lo único que interesa a veces, esteee, lo que le preguntamos nosotros es haber si los antendecentes familiares, en la familia, hay alguien más que tenga ese problema o parecido o en la línea ascendente o descesdente o sea en los padres, tíos, abuelos o en los hijos si tienen una enfermedad parecida a la que el tiene para ver si hay una cierta relación con la herencia, que se trasmite a través de la herencia. Nada más que eso. No, no es mucha la... En cirugía plástica no es mucho. En otras cirugías puede ser, en la clínica sí es fundamental, pero en cirugía plástica no. El paciente generalmente trae el diagnóstico en la mano. Él mismo se lo hace.

E: Y usted en el servicio de...

M: [Interrumpe] El chico que tiene una malformación congénita, la mamá que tiene un chiquito que tiene una fisura de labio paratino o, el labio leporino, te dice: “te traigo este chico porque tiene un labio leporino”. O sea, ella misma hace el diagnóstico. Lo que tiene que hacer el médico en la cirugía plástica es eminentemente quirúrgica, tiene que conocer técnica quirúrgica y saber cómo tener éxito. Eso es lo más difícil.

E: ¿Cuándo usted dice que una intervención quirúrgica es exitosa?

M: Cuando logra el objetivo. Por ejemplo, si usted tiene que operar, no sé, eh, una fisura de labio o de paladar. Cuando la operación pega, pega bien, se suelda bien, cuando la operación se mantiene donde usted la dejó. Si se desp... si la herida se abre se hace una dehisencia que se llama y bueno es un fracaso. Entonces no consiguió el objetivo que usted se propuso, usted trabajo duramente y entonces la herida se abrió parcialmente, fracasó. La herida no está completamente soldada. Que depende de otros factores, no de la técnica del médico. Depende a veces del estado general del paciente, del estado de alimentación, de nutrición, del enfermo que está muy caquéctico, muy mal alimentado, o es muy viejo o es muy chiquito, muy bebé, tienen problemas para cicatrizar.

E: Claro...

M: Se trabajan sobre tejidos enfermos. A veces si el tejido está muy enfermo y mal alimentado el paciente, peor. Todo, todo se empeora.

E: Usted entonces recibe el paciente, o sea, con la ficha ya en la mano,

digamos...

M: Sí. Nosotros lo interrogamos, anoto ahí los datos positivos nada más o sea los casos que interesan. No se pone que no tiene nada en el corazón, no. Ponemos si tiene algo. Si no ponemos “sin particularidades” y nada más. No, no perdemos tiempo en escribir otras cosas.

E: Y usted, recién hablaba del tiempo, digamos, con el paciente...

M: No, no me interesa. El tiempo, ¿el tiempo que está el médico?. No, el médico está todo el tiempo que necesita. Cuando él sabe que tiene un límite, un tiempo limitado porque tiene otra actividad prefijada, entonces solicita que no, no, no, no den números, digamos, o turnos para más de tantos pacientes. Fijan cinco, diez, quince. Algunos tienen un límite. Otros no. Yo no tengo límite. Todos lo que vienen lo veo.

E: Perfecto.

M: Pero hay gente que tiene otro trabajo afuera. Salen de acá y tienen otra ocupación rentada. Porque el hospital le paga muy poco entonces no va a vivir con lo que le paga el hospital, a los que le pagan, hay mucha gente... Si uno hace una encuesta acá, más de la mitad está sin sueldo. Están haciendo la tarea de aprendizaje o de entrenamiento pero eso... trabajan como médico y son médicos y dan un gran servicio pero no cobran nada. Absolutamente nada. Me parece que es más de la mitad.

D.I.1.c.

E: ¿Y usted me podría describir cómo sería una consulta, acá, en el consultorio?

M: ¿Describir una consulta?

E: Aja…

M: Una consulta médica y bueno, el paciente entra eh… se le hace una especie de interrogatorio haber de, de las molestias, es decir, de los síntomas que, que siente, ¿no cierto? o que manifiesta, ¿eh? se lo, se lo examina, ¿eh?, ¿eh? para ver la relación que hay entre los síntomas que él manifiesta y lo que uno, lo que el médico descubre en el examen físico. Y posteriormente eh, eh generalmente se piden estudios complementarios, es decir, análisis, radiografías, ecografías, lo que sea necesario de acuerdo a lo que presenta la enferma. A veces son estee cosas simples que no requieren tantos estudios complementarios y a veces son cosas estee más

complejas que requieren otros estudios más importantes y a veces hasta unaaa …casos en los que hay que inter…. internarlos a los enfermos.

E: ¿Y con respecto al, al usuario que asiste acá a la institución… eh…

M: [Interrumpe] ¿Al paciente?

E: Al paciente, sí. Usted antes, antes me decía que por ahí le tenía que explicar a la madre…

M: [Interrumpe] A los familiares, siempre hay que explicarle a los familiares porque vos no podés agarrar y decir "voy a operar a este enfermo" y…no explicarle a los familiares. Tenés que explicarle estee y ellos, tienen que aceptar, ¿eh?. Por ejemplo, en la sala de cirugía hay un … hay un… se le hace firmar estee una… un consentimiento ¿me entendés? Se le pone cuáles son, de que va a ser operado, que diagnóstico ¿no cierto? cuáles son los riesgos que puede tener ¿eh? y la familia tiene que aceptar eso, ¿te das cuenta? Eso se hace sobre todo porque estee, uno para que la familia lo sepa y otro, porque vos te has enterado que ahora, qué sé yo, hace un tiempo, no hace un tiempo, hace unos años han empezado esos famosos juicios de, de, de mala praxis que le llaman, ¿no es cierto? Pero, estee, si uno obra correctamente no, es difícil que le hagan un juicio de mala praxis ¿me entendés? Aunque hay gente que, que siempre busca, eh, culpar al médico de, de lo que le puede ocurrir a un paciente, ¿no cierto? Y a veces asesorados por otros profesionales que no, no quiero nombrarlos…

E: De eso no se habla mejor… [Risas]

M: Claro porque también habría que hacerle mala praxis también a ellos, también, ¿eh?

E: ¿Y cuál es la reacción que tiene los familiares cuando usted le explica?

M: ¿La relación que tienen…?

E: No, la reacción que tienen ellos…

M: ¡Ah! ¿La reacción? Y si uno le explica bien, eh… la mayoría de la gente lo sabe comprender, es decir, no, no, no pone trabas ni nada por el estilo. Es gente que se va agradecida y contenta. Lógicamente que siempre hay excepciones, hay gente que, que nunca la vas a conformar con nada, por más que le hallas brindado todo.

E: ¿Y cómo es "el explicarle bien"?

M: Decirle la verdad. La verdad de lo que tiene el paciente. Y explicárselo de una manera de que ellos lo comprendan. No en términos difíciles deee médicos, como

hacen, como suele ocurrir que hacen algunos médicos que se lo explican en términos difíciles y el paciente queda en babia, y no sabe, no entiende, ¿te das cuenta? No, explicarles bien, ¿eh?, de buena manera, ¿eh? Estee y decirle la verdad, no hay que, no hay que, no hay que… engañarlos, ¿no cierto?

Decirle la verdad de lo que tienen. Si ellos no quieren que el paciente suponte, si el paciente tiene un enfermedad maligna ¿no cierto? estee, no quieren que el, que el, que el paciente lo sepa, por lo menos tiene que saberlo los familiares, ¿te das cuenta? Aunque hay muchos pacientes que te dicen, "a mí doctor dígame la verdad de lo que tengo", ¿no cierto? ¿Eh? Porque en, en otros, en otros países le, le dicen directamente al paciente, ¿me entendés?, se lo dicen directamente. Porque eso puede, puede ocasionar problemas de tipo legal, ¿no cierto? ¿Te das cuenta?

E: Hmn…

M: Porque … pero acá qué sé yo, como somos medio de origen latinos, somos un poco, un poco estee respetuosos, a veces ¿eh?… Pensamos que es muy, es duro a veces decirle de golpe, ¿eh? Se, se, se lo decimos a los familiares y después a lo mejor despacito que ellos… se van dando cuenta porque al final si vos tenés algo que, que, que de lo cual no te vas a sanar estee te, te vas a ir dando cuenta, ¿no cierto?

Yo siempre he tenido buenas relaciones con los… porque yo los trato bien… Todo está en el trato, no hay que hacer un trato así como que el paciente está allá, tirado en el fondo de un pozo y uno porque es médico está en las nubes. No. Yo tengo que respetarlo a él, y él me tiene que respetar a mí, ¿te das cuenta?. El trato es de igual a igual, eh… un trato humanitario, ¿me entendés?

E: Dé un ejemplo de cómo se debe tratar y cómo no se debe tratar, no de que usted lo haya hecho sino cómo se debe tratar bien a un paciente, dé un ejemplo concreto de…

M: [Interrumpe] Y bueno, tratar de atenderlo como corresponde, es decir, que el paciente venga que manifieste todos sus, sus niañas, sus dolores, sus… ¿eh?. Entonces, vos tenés que revisarlo, ¿eh? correctamente, ¿eh?. Estee y después de acuerdo a lo que vos vas observando pedirle los estudios que a vos te parecen correspondiente y explicarle por qué estee le pedís esto, por qué le pedís el otro, ¿eh? Entrar en una conversación con él. No revisarlo, no agarrarlo y preguntarle qué le pasa, pa, tal cosa. Bueno, acuéstese ahí lo revisamos, tome haga esto y tome esto. ¿Te das cuenta?

D.I.1.d.

E: ¿Podrías describir una consulta?

M: Bueno, el paciente generalmente el motivo de consulta en esta especialidad es la disminución de la agudeza visual, es la disminución de la visión en algunos otros casos puede tener… Estadísticamente, el principal motivo, el principal motivo de consulta es ese. Hay otros casos de enrojecimiento ocular, sensación de cuerpo extraño, dolor, estee que las inquietudes son de otro tipo pero en la inmensa mayoría cantidad de los casos el paciente viene porque ve mal, el motivo por el que viene es porque esta viendo mal. Entonces, hay un ojo o lesionado o…

E: ¿Cuáles son las preguntas de rigor?

M: Bueno, van orientadas según la, según el motivo de consulta, ¿no cierto? Pero eh, se hacen algunas preguntas de acuerdo al síntoma específicamente que refiere y lo, en oftalmología es una especialidad que tiene, es bastante objetiva, es decir, eh… no está muy inducida por lo que el paciente dice, el paciente refiere… Hay un examen oftalmológico eh, en donde el médico puede ver exclu… concretamente qué es lo que le pasa al paciente. Por ahí, decimos, a diferencia de otras especialidades en que la clínica es soberana y que el médico tiene que charlar mucho con el paciente para poder determinar qué es lo que le pasa. En oftalmología con observarlos generalmente ya se evacuan las dudas del médico. A veces el paciente puede no hablar, no decir nada. Esto se da en las menos de las especialidades. Ésta es una de las especialidades donde el paciente puede no hablar no decir nada y generalmente al paciente se le encuentra que le está pasando. O sea, que tratamos de inducir las respuestas que queremos pero tampoco dejamos que el paciente hable demasiado. Pero te vuelvo a repetir esto va en contra de, de la mayoría de, de las especialidades donde hay que tratar de sacarle al paciente qué es lo que le pasa.

E: ¿Y cuáles son digamos, esos instrumentos que dan esos datos objetivos?

M: En oftalmología son bueno, el oftalmoscopio que permite hacer un fondo de ojos, el autorefractómetro que permite determinar como es la parte óptica de ese ojo en particular, es decir, si el ojo es miope, hipermétrico y demás y valorar la medida de los anteojos que se van a recetar. Eh… el… la, la lámpara hendidura que es un aparato que permite, es un microscopio del consultorio externo que permite ver con detalle todo la mitad, prácticamente todo el estado anatómico del ojo. Eh, la tonometría es un estudio que permite determinar la presión del ojo. Es decir, con un aparato, por un lado, vemos anatómicamente cómo está el ojo y si tiene alguna alteración morfológica y con otros aparatos podemos determinar la funcionalidad del ojo.

Entonces, prácticamente el paciente sin, sin que diga nada podemos hacer un examen que es muy objetivo y puede determinar cuál es el estado de ese ojo, y el estado visual de ese ojo. La cantidad de visión que tiene ese paciente.

E: Perfecto. Y…eh, frente a un paciente con caso problemático o con un cuadro difícil de diagnosticar eh, ¿cuáles son los pasos a seguir?

M: Estee, bueno, se piden algunos exámenes complementarios específicos para ese caso problema que se nos plantea ahí. En, en el paciente hospitalario la dificultad para hacer estudios, exámenes complementarios de algún tipo de mayor complejidad de lo que requiere el caso común, generalmente, no tenemos problemas acá hoy día para evacuar eh, los casos comunes o la atención primaria oftalmológica que es, representa el noventa por ciento de la consulta. Pero hay un diez por ciento de casos que son esos casos problema, casos más difíciles que exigen exámenes complementarios que no se pueden realizar en el hospital. Entonces los pasos a seguir son de, derivarlo al sector privado lo que implica en algunos casos estee, que el paciente tenga que afrontar ese costo, ese, ese estudio por su cuenta. Pero lo que ocurre la mayoría de las veces es que pide ayuda ya sea a cooperadora o a Acción Social y ahí el caso empieza a derivar en más pérdidas de tiempo. Muchas veces son patologías, patologías relativamente urgentes que requieren tratamiento y diagnóstico urgente y cuando entran en ese trámite burocrático de gestión de fondos para poder realizar ese estudio, que a veces no son estudios muy costosos pero el paciente no puede afrontar el gasto, a veces es un estudio de veinte, treinta pesos, eh… ahí es donde se pierde un poco de tiempo y donde, donde se demora un poco más la cosa, ¿no cierto?

E: ¿Y ese entendimiento eh, o ese paciente que vos decís que es un paciente más culto juega de alguna manera en el, en el diagnóstico o en el tratamiento a seguir?

M: No, no, no en realidad estee no, no influye básicamente. A veces uno prefiere eh… en términos de que, de que la cosa es más ágil. Porque uno va a actuar de la misma manera, que el paciente eh, cumpla el tratamiento, que, que realice, que haga lo que tiene que realizar. Y bueno, eh… que, que, no digo que no se informe tanto que no le busque la, la vuelta que puede, que puede ocurrir y que puede salir mal y… Pero, pero en realidad uno actúa de la misma manera solamente que un paciente desea más información que otro.

Por, por eso hoy en día lo que estamos haciendo es dar por escrito las patologías que exigen más información o son más frecuentes. Eh… damos por escrito

toda la información para que el paciente la lea detenidamente en su casa y se, se saque las dudas. Y bueno, todas las dudas que le quedan después ya, sobre, sobre algo más o menos informado, eh, puede, es más fácil el entendimiento entre el médico y el paciente. Pero, de hecho uno no puede dar con cada paciente una clase, una clase de, de, de la patología que se está tratando. Entonces, tratamos de, de dar la información por escrito y bastante completa y si el paciente quiere sacar las dudas se las saca de ahí y después las dudas que puedan quedar las consulta con el médico.

Eso también en la parte quirúrgica, le damos previamente al paciente información de las posibles complicaciones de la cirugía en general. Todo por escrito eh, porque sino de hecho cada consulta sería una, una, una clase que hay que darle al paciente de una hora, ¿no cierto?

E: Y el paciente hospitalario eh… frente digamos, a esa papelería ¿si? ¿La lee?, ¿Pregunta…?

M: Sí, esa es la, la brecha que antes se notaba más y ahora estee la estamos notando de que, de que se está… hay bastante similitudes entre ambos pacientes. Antes, realmente no preguntaba, no la leía. Eh, acá aparte, puntualmente es una especialidad que muchas veces que el paciente no puede leer por una cuestión estee, una cuestión de la salud ocular del paciente. Pero… y son pacientes que a veces están en asilos o que están, o que no tienen muchos familiares o que no tienen familiares que se interesen. Porque en realidad la, la tendencia a hacer familia numerosa se da más en el hospital que en la parte privada, pero muchas veces los pacientes vienen solos. A pesar de que se da esa paradoja de que tienen familia numerosa, vienen solos, sin mayores familiares. Y vienen a las tres, cuatro de la mañana. Eh… y personas a esa hora y vienen solos.

Paradójicamente con familias que son poco numerosas en la parte privada, y con tal vez mayores ocupaciones y siempre el paciente en la parte privada va acompañado. Un paciente mayor va acompañado, acá en la parte hospitalaria el paciente viene solo generalmente.

D.I.1.e.

E: Me podría describir una consulta, eh… ¿cuáles son las preguntas de rigor?

M: Bueno, normalmente uno le pregunta al paciente que lo motivó, cuál es el motivo de consulta, por qué vino al traumatólogo. Entonces, uno ya tiene… le comunican el motivo de consulta. Eh… en base a la edad, a ese motivo de consulta en fin, a los antecedentes que tenga el paciente uno también lo pregunta, uno ya empieza

a enfocar algunas preguntas para tratar de dilucidar cuál es el problema.

E: Y… eh, frente a un paciente con un caso problemático o un cuadro difícil de diagnosticar, ¿cuáles son los pasos que usted sigue?

M: Bueno frente a un paciente así, o a cualquier paciente uno de acuerdo a la idea, o a los diagnósticos que uno sospecha pide los estudios que corresponda. Se hace las preguntas de rigor, motivos de consulta, antecedentes estee normales y patológicos del paciente, se hace el examen físico. En base a eso se hace, tiene una idea o… puede ya sacar un diagnóstico o tener una idea de distintos diagnósticos diferenciales y en base a eso uno pide los estudios que necesita. Generalmente, en nuestra especialidad es muy común radiografías. Y bueno, un poquito menos común sería el tema de análisis. Con eso en general tienes ideas importantes. De ahí en más, dependiendo de las sospecha o el resultado de estas cosas sencillas, ves si pedís otros estudios.

E: ¿Y cuál situación o qué circunstancia dentro de su actividad laboral le provoca mayor orgullo o mayor satisfacción?

M: [Risas] Poder resolver los problemas, positivamente y que la gente esté conforme con la atención obviamente…

E: ¿Y cómo sería eso de resolver los problemas positivamente?

M: Claro, es decir, normalmente cuando viene un paciente con un problema, con una duda, viene a buscar una respuesta, una respuesta en todo sentido ¿no? Eh, es decir, poder satisfacer esa, esa respuesta esa, esa pregunta, esa ansiedad es lo que a uno lo deja conforme. Se viene con un problema, resolver ese problema que tiene el paciente es lo que a uno lo deja conforme.

E: ¿Y cuál situación o qué circunstancia dentro de tu actividad laboral te provoca frustración?

M: [Breve Silencio] Y así como frustración, como frustración no, pero en fin… a veces, es decir, ante patologías graves que, que uno no tiene toda la posibilidad de resolverla ya sea, porque uno no tiene medios para resolverla o porque la patología es sí, que vos no podés dar una resolución. Y eso a uno lo, lo pone mal.

E: ¿Y como por ejemplo qué tipo de patologías?

M: Y todas las patologías que tengan, que tengan toda relación por ejemplo, con el cáncer hmn… enfermedades terminales o con … o patologías, ¿cómo se llaman? Insanas, que tenga que ver también. Por ejemplo, la diabetes. En fin, hay un montón, varias patologías donde son de difícil resolución, donde por ahí no tiene

solución y bueno es… significa una situación de, de estrés, de tensión, en fin…

E: Y esa situación eh… de estrés, ¿cómo la manejás con el paciente?

M: No, siempre se lo va acompañando al paciente. Se le va explicando al paciente cómo es el problema, se va tratando de que el paciente entienda cómo es la cosa y… tratando de buscar, y buscar aunque sea dentro del problema un resultado positivo que, que mejore la calidad y la calidad de vida del paciente. Eso sería lo que uno puede, debe tratar de intentarlo, ¿no? Así sean situaciones irreversibles eso sería lo único, lo único que uno trata de hacer.

E: ¿Y el paciente que asiste a esta institución es un paciente, como decirte obediente con respecto al tratamiento a seguir…?

M: Tenés de todo pero en general a… hay, en general hay una aceptable respuesta del paciente sino lo hace, por ahí por problemas difíciles, o sea, laborales, en fin… no, no puede con…, no puede concurrir por, por problemas particulares pero en general no, nooo es un paciente rebelde, ¿si? Es un paciente normal, común, en general. No hay problemas.

D.I.2.a.

E: ¿Cómo es una consulta acá en el hospital…?

M: Bueno, nosotros tenemos reglado toda la historia clínica en la cual se empieza por la anamesis, se pregunta qué es lo que le pasa, qué es lo que necesita, qué es lo que siente y después se hace todo el examen físico, ¿no cierto?. Se empieza por, por indagar sobre su actividad, eh… qué es lo que hace si… en fin… depende, depende del caso, si el hombre, si es mujer. Cada uno tiene su patología específica de la cual enseguida se indaga. Nosotros enseñamos asistencia primaria de salud que la gente tampoco interpreta porque cree que a veces el médico lo tiene que solucionar todo y eso no es así. La asistencia primaria eh… que es el primer contacto, lo que es lo que en otro momento con los colegas llamamos derivólogo, muy despreciativamente, o sea, yo te veo a ti, si vos tenés un problema… neurológico. Bueno… Pero eso se evalúa con criterio para decir que es al neurólogo, si tenés un problema bronquial o asmático vas… Bueno si tenés un problema cardíaco vas al cardiólogo. Ese tipo de cosas se va orientando, o sea, que es un primer paso muy, muy… importante a tal punto que las sociedades más avanzadas en este tipo de contactos, el primer contacto del paciente lo hace la gente de más experiencia, lo hacen los más viejos, habitualmente.

E: ¿Y cuáles serían las preguntas de rigor en una consulta?

M: [Interrumpe] No, mi forma de presentación es: bueno, yo en que puedo servirle. Primero qué puedo servirle, qué es lo que siente, que es lo que pasa, si tiene fiebre. Entonces uno ya pasa… en fin, la anamnesis está toda reglada respecto a todos lo órganos, ¿no cierto? Captando síntomas y signos que te orientan hacia determinada enfermedad y de acuerdo de eso uno hace una síntesis… y deriva, ¿viste?

E: Y… frente a un paciente con un caso problemático o un cuadro difícil de diagnosticar, ¿cuáles son los pasos a seguir?

M: Se va usando la complejidad del hospital en forma reglada, en forma pareja… en forma programada digamos de acuerdo a lo que se va requiriendo, ¿no? De laboratorio, radiología, estudios de alta complejidad, interconsultas y laaas derivaciones ¿no cierto? Y sino se interna… para darle cada vez más, más y se va buscando la, la solución de, del diagnóstico, ¿no?

E: Y… eh… cuáles…

M: [Interrumpe] Se hacen Ateneos con, Ateneos de muchísimos profesionales, ¿no cierto? Somos muchos, entonces se reúnen veinte médicos y eso es una de las otras cosas que la gente no, no, dice: “que manera de haber médicos”. Pero también hay veinte criterios o cuarenta dando vuelta, o cuarenta dando vuelta. Está bien que se puede cometer un gran error pero, habitualmente alguna solución se puede aportar, ¿no?

E: Y usted estee… si se puede explayar un poco más en esa idea… de cómo es el paciente que asiste ¿es obediente en el trato con usted…?

M: No, en general, a pesar que ha cambiado mucho. Yo en veinte años ha cambiado mucho, son muy buena gente. Ojo…

Nota del Entrevistador: Interrupción de un médico que ingresa al consultorio en busca de un banco o de una silla.

M: Estee… pero generalmente nosotros tenemos muy buena, muy buena estee relación con el paciente. Pero tiene sus, porque tiene muy serios problemas, muy serios condicionamientos el paciente…

E: Y eso, si bien para usted no dificulta en el trato, ¿dificulta en el tratamiento a seguir?

M: Por supuesto. Es sumamente dificultoso, eso hace más difícil el tratamiento, muchísimo más difícil. Hay gente que no sabe lee… que no le podés indicar a veces dónde está la farmacia, a dónde está el laboratorio, a dónde está rayos. Entonces,

tenés que tener cuidado porque a veces se van y no hacen las cosas, y a veces se van con problemas delicados, ¿no? Desde esa ignorancia, o sea, ubicarse en el espacio, en el tiempo y no es porque yo lo disminuya mucho porque yo me siento también muy deteriorado ya pero eh… no es fácil. Así como hay otros que son muy aviones, muy cancheros, hay otra gente que tiene muy serias dificultades. Eso ocurre más en los gerontes, yo que hago más gerontología eso es de tener mucho cuidado, es una medicina… totalmente, cada uno tiene sus características… claro. Esta es una ciudad, generalmente en nuestra sociedad es muy difícil para la gente sin discapacidades, vos te imaginás un enfermo o un discapacitado en esta ciudad y en esta estructura. Está lleno de pozos, no pueden subir a una escalera, tienen unas veredas que… [Risas] que están todas rotas. Se caen… Bueno eso a mí me pone muy mal, no tenés soporte, no tenés baranda, no tenés a veces donde deben estar. Te imaginás que por ahí viene un viejito, qué sé yo, entonces yo lo miro …pobre viejito. Si yo, yo tengo problemas para andar en la ciudad atrás de un taxi, atrás de un colectivo cómo hacen esa gente para poder movilizarse y atenderse.

D.I.2.b.

E: Y vos me decías que dentro del hospital, o sea, hablando específicamente de los pacientes del hospital, eh, como que notabas que no hay demasiadas preguntas o inquietudes por parte de los enfermos…

M: Claro, a diferencia de la privada, te decía yo ¿eh? Y que de todas maneras va cambiando, lo que te digo. Es uno lo que ve que va cambiando.

E: El cambio que vos, que vos decís que se está dando: ¿te parece positivo, te parece negativo?

M: Eso te iba a decir. En realidad uno dice, eh, debería ser positivo. Siempre y cuando esté medido eso, viste, porque a veces llegan un momento donde... Porque los médicos en este momento estamos estee muy acusados por el lado, eh, vos habrás escuchado los juicios de mala praxis. Bueno eso se, este… rompe mucho la relación médico paciente. Porque, este, hay momentos donde uno tiene que actuar y a lo mejor lo que te decía yo, no tenés documentación o no, o actúas por experiencia o como te digo en el hospital, muchas veces vos te faltan ciertos recursos. Entonces vos podés decirle “mire se va a tener que ir, se va a morir porque no tenemos que…” [Risas] Claro, “a usted le tocó caer en esta casilla”. Bien. Eso es muy inhumano, ¿verdad?

E: Ajá

M: A lo mejor sería lo correcto que yo tuviera que informarle así “Mire, este, en

este país, en este momento, noo..., habría esta posibilidad de hacerle esto, pero no tenemos este medicamento, ni, ni, ni tampoco se lo vaaa a poder lograr, este comprar", estee, ¿entendés? Usted si quiere yo puedo decirle "vaya patalee", viste, bueno. Hay veces que vos a eso lo hacés porque sabés que si él lo logra eso va a rendir mucho en su, en su vida, le va a cambiar la vida, ¿no es cierto? Por ejemplo hay cirugías cardiacas, que si se realizan, la persona casi pasa a hacer una vida normal. Hay otras que no, que es un poquito, un cambio… pero no es este, suponte lo que es un transplante cardíaco, ¿no? Aquel que necesita un transplante cardíaco, el transplante cardíaco en este momento es muy difícil de lograr, a la persona no le resuelve todos los problemas. Y en realidad no sólo te tiene que salir gratis si no que a su vez te tienen que, son muchos años de espera, muchos años de estar en Buenos Aires con toda tu familia. Entonces por ahí vos haces una, una composición de lugar, ¿no? Entonces decís "si yo lo mando dos años..., a lo mejor se muere haciendo trámites, no logra su objetivo final... Esos dos años los va a pasar muy mal, porque, viste, va a estar lejos de su familia, lejos de su..., quizá este viste pase muchas más necesidades que de las que se... que pasaría estando acá", ¿no? Entonces ahí es cuando uno, si tiene una mejor, una buena relación médico paciente puede manejarlo, y en realidad uno si hace estadística, a lo último ve que convino nuestra manera de actuar, no la otra, ¿verdad? Este, porque a mí me ha tocado ver las dos cosas, ¿no? Ver el sufrimiento de los dos lados. Esto estoy hablando de patologías terminales, donde la solución no es, en realidad, solución, sino que es apenas, este, un alivio y con, a lo mejor, viste, por ahí es peor la cosa, ¿no? Este, ¿qué me preguntaste vos que yo me salí hablando tanto?

E: No, no lo que te preguntaba era si vos lo veías como algo positivo…

M: ¡Ah! ¿A los cuestionamientos? Bien.

E: A los cuestionamientos

M: Bien. Si alguien me cuestiona mucho, y yo no tengo otra cosa que meterlo en el caminito del transplante, viste, ¿me entendés?

E: Claro

M: En cambio, hay pacientes que te dejan actuar y en cierta medida, este, lo que uno le está ofreciendo, quizá sea mejor, ¿entendés?, esteee, a eso iba, ¿no? Al poder ha, al poder hacer una medicina, a veces no la podés haces por los cuestionamientos, ¿no? Este y tenés que hacer, este... Yo creo que, este... Yo creo que una medicina ideal sería la otra, sería donde vos pudieras dar todo, el paciente pudiera expresar todo lo que necesita y vos a su vez informarlo. Pero acá nosotros

viste, que a su vez, que a la vez de que informamos tenemos que contener porque sabemos que estamos en un lugar donde no le podemos ofrecer y yo no le puedo trasmitir la angustia de la realidad ¿Me explico lo que te quiero decir?

E: ¿Por qué te parece que no le podes transmitir la angustia de laaaa...

M: [Interrumpe, levantando el tono de la voz] Para mí sería más, más fácil. ¿Por qué no le puedo transmitir la angustia? Porque si yo a alguien le tengo que decir "mire a usted no le queda otro remedio que morirse", a vos te paceceee..., no es, no es, estee, [Risas] ¿eh?

E: Ajaa

M: Entonces como que uno se queda con ese, te guardas lo que llamamos el bicho, ¿no? Es como que esa es la verdad que es medio bicho. Yo puedo a él transmitir toda, ¿sí?, lo que uno dice tirarle la problemática y arréglatelas cómo puedas, ¿eh? Este, uno sabe en el país que está viviendo y uno sabe que no va a poder arreglársela, no va a poder. Entonces, este, les estás desordenando toda una familia. Es como que uno a su vez estás viendo varios aspectos, ¿no?

E: Ajá. Eeh, o sea, esas malas noticias, see, ustedes loo, ustedes comúnmente lo llaman como, como bichos, digamos

M: [Risas] No, no, no, eso es una cosa...

E: Ah, nada que ver

M: No es una cosa de nuestro grupo, pero no, no es general así

E: Como que preferís, digamos, no planteársela a la problemática

M: Porque no es una mala noticia solamente, porque... Es un bicho en el sentido de que es algo que no te va a dejar vivir. Porque a él... él tampoco lo va a poder manejar. Porque yo sé que no va a tener una salida, este, en el sentido de, de lo social, viste. No lo va a lograr. Este… hablando de esos casos extremos, ¿no? ¿Entendés lo que te digo?

E: Aja

M: Por suerte son los eh, los menos, ¿no? Pero, este, en cardiología los hay y son como un, como un cáncer, ¿no? Este, eh, el paciente en cardiología que necesita un transplante es como si uno tuviera un paciente oncológico, ¿no? Aquel que sabe que está en su etapa final, ¿verdad? Entonces, este, vos, este, no tenés una solución clara para darle. Entonces este, en cardiología ha aparecido ahora esto otro que es el trasplante, pero es algo muy caro, es algo que no, no se accede fácilmente, viste,

entonces es como quee vos, esteee. Si... lo que yo... ¿Vos me entendés lo que yo te quiero decir? Si yo les trasmito algo, que no tienen la capacidad económica de lograrlo por sus propios medios y tiene que depender de los demás, no llega, viste y termina, porque así pasa, termina muriendo haciendo trámites, viste. Eso lo hemos visto, y lejos de su familia y al final hubiera podido vivir a lo mejor esos dos años que vivió, pero bien, viste, estee, por lo menos integrado a su grupo. No así como que...

E: Claro.

M: ¿Eh?

E: Te entiendo. Y, eh, frente a un paciente con caso problemático o con un cuadro difícil, eh, vos ¿qué hacés?, ¿cuáles son los pasos a seguir?, digamos

M: [Silencio] Eh ¿En qué sentido problemático? ¿Eh, difícil? Porque el paciente puede venir gra..., a veces nos ha pasado, de consultorio externo recibir un paciente que está grave. Yo tengo en el hospital una complejidad, este, que es la terapia intensiva, y, o, clínica médica y lo internamos, ¿no? En ese caso, estee, es la internación. La otra cosa difícil que se nos plantea puede ser un paciente que esté sin diagnóstico, ¿verdad? Y nosotros, este, para lograr llegar al diagnóstico y en eso acercarnos más a una mejor terapéutica necesitamos estudios que no lo tenemos en el hospital. En ese caso y es lo que cada vez conseguimos más, estee, con mayor facilidad porque responde es hacerlos a través de asistentes sociales que consiguen que el Ministerio pague en otro lugar. Viste yo lo que te comentaba, ¿no?, cada vez se está logrando más, eso. De todas maneras no es algo que fácilmente dispongamos, de esos recursos. Entonces como que uno tiene que estratificar, el costo beneficio que decíamos ¿eh? O sea, estee. Si yo tengo que administrar, porque lamentablemente somos pobres, viste, no tenemos en el hospital, bah, en el hospital, en el país en general es así, ¿no?

E: ¿Cuáles son las preguntas de rigor que vos tenés en una consulta?

M: [Silencio] Yo te diría, estee, muchos pacientes vienen, eh, para que lo evaluemos previo a una cirugía, ¿no? Después, muchos vienen con muchos síntomas, y en general, este, eso es lo que uno ve, a diferencia de lo que ocurre en una privada, en el hospital, en general, no preguntan. ¿Vos decís si preguntan sobre su… si tienen temores? En general no, vos sabés eso es lo que uno ve, este. Será por el estrato social, no es cierto. Y eso que el Hospital Iturraspe, si uno, si a vos te tocó ir al Cullen uno se da cuenta en seguida que tenemos otro estrato social, ¿no? ¿Vos fuiste al Iturraspe, al Cullen?

E: ¿Al Cullen? No

M: Pero vos viste que el Iturraspe cómo está es bastanteee, hasta por ahí inclusive las salas de internación, arriba, ¿viste?, que parecen hasta salas privadas, ¿no?, esteeee. Peroo... eso es lo que a mí me, más me llama la atención que el paciente que viene, este, severamente por ahí enfermos, ¿viste? Estee, y lo único que buscan es sentir un alivio y con eso ya se conforman, y no, no hay casi preguntas, ¿eh? Los que más preguntan son, te diría, aquellos que vienen con muchos síntomas, pero inclusive no son cardiacos, son los neuróticos, viste. Ese es el problema de la medicina ¿no?, que hay muchos que sienten cosas y no están enfermos. Bueno, esos son los que más preguntan. A lo mejor los que más preguntan porque sienten, este, dolores, dolores muy atípicos, ¿no?, por ahí le duele la espalda, por ahí le duele acá la tetilla, por ahí. O porque tienen... palpitaciones, es otra de las cosas que te vienen a preguntar. Pero en general, ya te digo, no responden, casualmente a enfermedades. Son este, los que…

Lo que me molesta mucho porque lo que nos molesta mucho, quizás porque no tenemos forma de derivar son los neuróticos, viste, este. El neurótico se te pegotea mucho, estee, te exige mucho. Y uno en el hospital todavía no hay un, no hay un, no hay psicólogos, por ejemplo. Fijate que los psicólogos están sin trabajo la mayoría sin embargo, este, el Ministerio no los nombra en el hospital, no, no tienen, este, ubicación, todavía es como que... Y si, y cada vez hay mayor exigencia, cada vez hay más pacientes para derivarlos, ¿no? Así que esa parte del consultorio yo te diría que a mí es lo que no me gusta. La otra parte, o sea el estar atendiendo enfermos, este, sí, sí me gusta, este. Y la de la docencia obviamente va...

E: Y… ¿cómo te das cuenta digamos… para reconocer a un, a un paciente neurótico?

M: A veces no es tan..., primero lo que te digo, por ahí, el hecho de un interrogatorio a veces rapidísimo uno sospecha que estás ante un cuadro. Como por suerte nosotros en cardiología nosotros tenem... rápidamente tenemos métodos objetivos para lograr. Por ejemplo, un paciente que, este, lo reviso y está perfecto, le hago un electro está normal y tienen una placa de tórax normal y si quiero lo llevo a eco ¿viste donde yo estaba hoy?

E: Aja

M: Ya, rápidamente, yo sé que estoy ante, este, alguien sin enfermedad orgánica ¿no? Lo que me es difícil a mí ahí, es ya te digo, como no lo puedo derivar. Entonces a lo mejor yo intento explicarle lo que le está pasando. Porque el paciente está sufriendo por otro lado, no es que esté inventando lo que tiene, ¿verdad? Se

siente mal, no es que esté... Lo que yo no logro, quizás porque no tenga formación, viste, este, este, lo que no logro es, es cambiarle la historia a ese paciente. Porque ese paciente a lo mejor no tiene nada acá y se va entonces al cirujano, viste, con un dolor de panza a lo mejor, viste… Por ahí termina... ¿vos sabés que en el hospital terminan muchos operados? Y este, y después de un tiempito se sienten bien, viste, porque es una cuestión de que como si me agredieron, este, un poquito mejor me siento, [risita] no sé como decirte. Tengo que sufrir para sentirme bien. Debe ser, este, yo supongo que, este, razonará así el paciente. Entonces, a mí esa, esa parte del consultorio, porque yo te digo que un buen porcentaje de los que vienen son así, ¿no? Son este, son sin patología y, este de los que uno derivaría al psicólogo. Yo no tengo posibilidad de derivarlo porque viste en la privada es carísimo laa, atender los pacientes, y en el hospital no..., había una sola psicóloga que estaba desbordada, viste. Y yo no creo que deba ser ad honorem inclusive la psicóloga, o sea que... . Y... [Breve Silencio] ¿Cuál era la pregunta que me hiciste que yo te cont...?

E: [Interrumpe] No, ¿cómo hacés para reconocerlo?

M: ¡Ah! Cómo reconozco, bueno, bueno, por suerte, ya te digo, como te decía yo, en cardiología rápidamente, este, eh, yo tengo métodos objetivos ¿eh?

E: Aja

M: No sé en otras especialidades, porque ya te digo, llegan a veces a la cirugía, porque es muy difícil reconocer a veces, es muy difícil. Vos necesitas pasarlos por un montón de estudios, con lo cual genera un montón de gastos también, inútil, ¿no?, porque si uno tuviera la consulta a lo mejor de, de un psicólogo rápidamente ese paciente, podría estar, este, ubicado y quizás así en conjunto, viste, hasta lo, lo alivias, ¿no?, porque...

E: Ajá. ¿Y qué definición tenés de dato, de dato objetivo? A ver si te interpreté digamos, ¿para vos el dato objetivo, digamos, sería aquel que emana de algún aparato tecnológico, o sea en este caso un, un electrocardiograma o una placa de tórax?

M: Sí, hay cosas que yo directamente, ¿no es cierto? Yo con un paciente, ya te digo un interrogatorio me sirve, cuando yo me pongo frente y lo ausculto viste con el... ¿eh? Lo que se llama la semiología cardiaca, eso me sirve muchísimo. Yo ya lo tengo evaluado ahí al paciente ¿no? Rápidamente ahí nomás, antes que se vaya yo puedo completar con un electro que lo hacemos con este aparatito, este, y si me queda alguna duda, radiografía de tórax y... Y entonces con esos elementos, yo te diría que la mayoría de los diagnósticos cardíacos están hechos. Entonces yo puedo evaluar un

paciente con eso. Que a lo mejor otra especialidad no la tiene tan fácil. Viste, cardiología rápidamente tiene cosas muy baratas y muy rápido para poder evaluar, evaluar un paciente, ¿no? Entonces no sé cómo serán los otros...

E: ¿Y cómo definirías, entonces vos a dato objetivo?

M: [Silencio] Aquél que a mí me, me permita concretar, ¿eh?, esteee, [Breve Silencio]Este, objetivo, tenés razón vos, porque en realidad que yo lo revise un paciente puede ser subjetivo, no es cierto, porque lo estoy evaluando yo ¿eh? [Risas]

E: No sé…

M: Pero que yo le haga un electro, ¿eh?, un electro es un documento que es igual para todos, o sea, lo leo yo, lo lee cualquier otro cardiólogo. Es el mismo electro, no cambia ¿eh? Este, eh, la radiografía de tórax también es como una foto, verdad, este, en ecocardiograma yo puedo hacer mediciones, puedo ver como se mueve el corazón, puedo, este, ver todas las válvulas, o sea, en el sentido, este, y puedo a su vez eso registrar, ¿eh? O sea, no sólo para que yo lo evalúe sino para que otro cardiólogo pueda verlo también, ¿eh?

[Silencio] O sea, vos sabés que nosotros a veces, este, tenemos medicación que llamamos placebo, ¿no? Este, entonces, eh, hay pacientes queee… [Silencio] logran sentirse muy bien y curados con placebo, ¿no?, este, y entonces vos... Fijate en el, hay casos de que lo que hablamos de aspectos neuróticos, ¿no? Entonces, hay pacientes que necesitan ser medicados ¿eh?, porque si no son medicados, si vos le decís que no tienen nada, este, lo que yo te decía, entran a pasar de un consultorio a otro. Porque en realidad algo tienen ¿eh?, lo que pasa es que yo no se lo puedo solucionar, a lo mejor, ¿me entendés? Entonces por ahí a veces yo me hago cargo de esos pacientes porque sé que no los puedo mandar a un psicólogo y sé que él no va a tener dinero para ir a la parte privada, ¿no? Entonces por ahí uno dice, a ver de qué manera puedo, este.... Porque a lo mejor son, con un poco de charlas, viste lo podes contener, aunque sea, le haceés, este. Y, esteee, la medicación como placebo que a lo mejor puede ser, este, ponele una aspirineta, viste, esteee… Y hay pacientes que entran en ese juego y se sienten muy bien, este, en ese juego, digamos, que aceptan, este, pero que entran aceptando, este, creo que acep..., teniendo confianza en el médico, ¿no? Viste, entonces.

E: ¿En el consultorio el paciente comprende fácilmente cuál es el problema que tiene o cuál es el tratamiento a seguir?

M: No, no, no. Vos fijate que por ejemplo, este, esa es una de las cosas que uno necesitaría tener más tiempo y hablar. Y por ejemplo en cardiología, nosotros, una

vez que tenemos un paciente que ha tenido un infarto, sabemos que ese paciente, si le cambiamos sus hábitos de vida, generalmente son fumadores, este, le cambiamos también la historia, viste, porque el infarto este no lo mató pero lo puede matar un segundo infarto. Entonces lo que yo tengo que evitar que no tenga el segundo infarto. Para eso tengo que... que él me entienda como lo tiene que lograr y entienda cuál es su compromiso, estee. Entonces vos estás luchando contra una adicción, ¿no? Por ejemplo el tabaco, estee. Una adicción que también puede ser un estilo de vida ¿viste que todos nos acostumbramos a un estilo vida llegamos una edad es muy difícil cambiarlo? Es muy difícil que empiece a caminar, que empiece.... Si sería si uno está insistiéndole y hay grupos trabajo y esto, ¿no? Y uno podría ahí estee... Pero, ves, el hospital no tiene esa... Porque ahí ya necesitaríamos no solo de médicos sino de, de los otros especialistas, viste de los.... ¿Cómo se llaman los que están, este, no me va a salir el nombre, de los terapeutas?, ¿viste que hay...?, que no se estudia en la facultad de medicina, [Risas] estee, no son fisioterapeutas sino que son acompañantes terapéuticos que les llaman, ¿viste?.

E: Ah…

M: Entonces son como los que están, trabajan con el médico para apoyar al paciente a que entienda, ¿eh? Fundamentalmente es alguien que está a lo mejor, permanentemente, este, en un lugar y el paciente sabe que lo puede encontrar ahí entonces, este, puede consultarlo cuando quiere, puede hablar de sus dietas, viste. Este sería un aspecto, ¿no? ¿Me entendés lo que digo yo?

E: Claro. Eh… te quería preguntar, ¿es difícil que el paciente comprenda?

M: Aja…

E: ¿Eh, si es difícil para vos, digamos, explicarle el diagnóstico al paciente?

M: [Silencio] No lo que m..., explicarle lo que tiene no es difícil. Lo difícil es, este, por eso te digo, que el paciente, esteee. [Silencio] A ver si me explico. Por ejemplo el paciente muchas veces cree que tomando estos cincos remedios, soluciona la cosa. Entonces no le importa el resto de las cosas. Lo difícil para mí es, es, es entenderle lo otro, hacerle entender lo otro, que, este, que no pasa a veces por tomar pastilla sino pasa por cambiar un montón de otras cosas que lo han llevado a un estado de enfermedad, ¿entendés? Pasa por desandar un camino. Eso es muy difícil para mí y en cardiología eso es muy importante lograrlo, ¿eh? Estee… sobretodo en cardiología del adulto como la que hago yo, ¿no? Eso es muy importante lograrlo.

[...] Vos sabés que hay muchas cosas, este, por ejemplo, no hay, esteee, en la relación médico paciente, genera mucha angustia al médico, sabés, este. Y, sin

embargo, eso, este, nunca, ni en la facultad, ni después... Porque nosotros deberíamos tener, en la residencia, en la formación, este, grupos de charlas con psicólogos. En algún momento se intentó pero después, este, se... En el Iturraspe en un momento se intentó, pero después por unas cuestiones que se metió el colegio de psicólogos... ¿Viste estas cuestiones burocráticas que, no hago pero no dejo hacer? Este, se interrumpieron, lamentablemente eso. Pero, en realidad, vos sabés que eso depende, no, no de la formación médica sino de la que cada cual traiga, viste, ¿parece, no? La vas aprendiendo así, este. Pero... es una falencia eso, se necesitaría tener una, este, un aprendizaje. Porque hay cosas que a lo mejor uno las puede aprender, viste, como en toda, en toda relación. Por ahí acá como que uno tiene que primero vivirlas y después aprender de los errores, viste, este, ¿no? Pero a lo mejor uno, este, hubiera sufrido menos, este, en su aprendizaje. Viste lo médicos también sufrimos mucho en la relación. El paciente también supongo, viste, pero... en realidad es muy, es muy difícil. Y, lo que, este, yo intento, por lo menos, siempre es tratar de ser, este, amable con el paciente. En el hospital a veces eso hace de que, estee… lo que te decía, a veces el paciente entra muy, muy mal, muy enojado, viste. Entonces, depende por ahí si a uno lo agarra cansado uno quisiera responder también de la misma manera pero te das cuenta que eso no va entonces, este, la mejor cosa que a uno lo encarrila es, este, por lo menos que uno sea amable, viste, este. Porque… por ahí lo que te digo, cómo le va a evitar todo lo demás si ya viene… El hecho de que estuviera esperando seis horas, ponele, ¿me entendés? [Risas] Claro que viene enojado un paciente así, este, debe creer que la culpable soy yo por ejemplo. ¿Me entendés?

E: Ajá. ¿Y por qué decís que te causa angustia?

M: Sí, porque, muchas veces... Claro sería muy fácil si yo, este, si el médico lo supiera todo, viste, hay cosas que, este, no logramos saber de los pacientes, este, en el sentido del diagnóstico, a uno lo desespera mucho hasta llegar a, a, a tener un diagnóstico y saber cómo tiene que actuar con la terapéutica, viste, este. Y hay veces que uno no puede este, llegar y eso este, angustia mucho. [Breve Silencio] Eh… yo creo que yo elegí cardiología por eso. Porque hay especialidades en que el diagnóstico por ahí no llegás tan fácil. En cardiología es más fácil. Viste, lo que yo te decía [Risas]. Como tenés todas las cosas más objetivas, es más fácil, viste. Yo una válvula veo que no funciona bien, en cambio por ahí, este, este otras cosas, eh… es más difícil por ahí llegar, de conseguir datos objetivos, como te decía yo. ¿Eh? Entonces, estee a mí el no diagnóstico, no estar ubicada frente, este, me angustia mucho y es una angustia que no se resuelve solamente en el consultorio sino que

capaz estee uno va a casa, busca consultas, este, va a la biblioteca, ¿eh?, estee… Y este, la cuestión es larga…¿viste? Estee…

D.I.2.c.

E: ¿Y cuáles son las preguntas de rigor en una consulta?

M: ¿Las preguntas de rigor?

E: Aja...

M: Fuera de todos los datos personales y motivo de consulta. El motivo de consulta es que lo trae por acá, nada más, ¿no? Eso seguro. Entonces empezás a hacer la historia clínica, que lo trae por acá y vas detallando qué, cómo, cuándo empezó por qué, dónde, a qué hora le duele, qué es lo que le pasa, qué más le pasa, nada más.

E: Eh... el paciente que va digamos al hospital, digamos es un paciente obediente por lo que vos me decías hoy. Eh... no sé si la palabra es obediente, digamos ¿cómo es el paciente que asiste al hospital en cuanto al diagnóstico, al tratamiento a seguir?

M: [Tose] [Breve Silencio] No, no es obediente. No. Obediente en cuando a su patología, no. Eh... y no creo que desde mi parte sea por falta de tiempo al explicarle lo que tiene. Porque a todo el que tiene enfermedades importantes, me tomo mi tiempo y se los explico. Creo que es una cuestión de educación.

E: Y diríamos en qué radica esa cuestión de educación. En que cuestiones las ves, digamos en qué actitudes las ves materializada...

M: [Interrumpe] O sea, noto la misma irresponsabilidad en no cumplir el turno, trasladada a la irresponsabilidad de no hacer los tratamientos. Es importante eso. Cosa que no lo ves en la parte privada, es muy raro que alguien no te cumpla un tratamiento.

Si bueno vos tenés una enfermedad que no se cura o una enfermedad grave vamos a preguntar y consultar. Si usted que le consulta al profesor X porque no le está dando así, entonces una vez que se da cuenta y asimila la enfermedad hace el tratamiento. Pero a este nivel no. Creo que es una cuestión cultural. Cultural. No puede ser que por ahí atentás con vos mismo. Si vos no cumplís tu tratamiento estás atentando contra vos. Se supone que es cultural.

E: Y la… eh, la capacidad de interpretar lo que vos le estás diciendo digamos, es total...

M: En muchas no… No te entienden mucho, hay muchos que no te entienden. [Silencio] No tienen un desarrollo tal vez suficiente para comprender todo lo que tenemos que estar comprendiendo.

E: Y los pacientes que recurren digamos a tu consulta son pacientes que avanzados en su enfermedad...

M: No, no siempre. No. Muchos son la primera vez y los avanzados siempre hay. Sobre todo gente del campo y del interior que no han tenido un acceso directo.

D.I.2.d.

E: ¿Y... me puede describir una consulta: cuáles son, cómo es una consulta cuando viene un paciente acá al consultorio externo? ¿Cuáles son las preguntas de rigor?

M: Sí, bueno eso es en lo que concierne a lo que en general cualquier entrevista clínica, o sea, que el paciente primero tiene un pequeño speach donde, donde estee, expresa que es lo que, lo que siente eh... Luego uno dirige un poco las preguntas hacia lo que uno se va orientando para hablar sin sugerirle. O sea, la respuesta, o sea ¿tiene dolor de cabeza, no? O sea, ahí está sugiriendo. Eso no. Se le pregunta. Y vos vas dirigiendo porque a veces los pacientes por ahí se van por las ramas, como que no se hace estee útil, operativa la, la entrevista. Bueno, después si trae algún tipo de examen complementario el paciente te lo muestra y a partir de ahí hacés el examen neurológico, ¿no? Es una revisación estandarizada, estee un poco a lo mejor también dirigida hacia lo que vos estás buscando. O sea, no es lo mismo que el paciente le duela la cabeza a que si el paciente tiene adormecidas las piernas. Uno dirige el examen. Bueno y después, a partir de ahí, del examen estee solicitás los estudios que se necesiten. Y ahí termina en general la primer consulta, salvo que tengas que hacer un tratamiento de urgencia porque el paciente se está por ejemplo, como dolor muy intenso y tenés que medicarlo para el dolor o algún otro tipo de cosas que requieran un tratamiento del síntoma. Sino uno espera que a la segunda consulta el paciente ya venga con los estudios que vos le pedís.

E: Y el paciente que asiste digamos al hospital, comparado con el paciente que usted tiene en la actividad privada, ¿qué diferencia y qué semejanza hay, en el tipo de usuario?

M: Bueno, muchas veces la gran diferencia es que el paciente de la actividad privada tiene cobertura, ya sea para estudio o para medicamentos. Entonces vos no estás limitado. Acá lamentablemente los estudios que se pueden hacer son pocos,

tenés que manejarte mucho con la clínica, con la pesquisa, es decir, bueno y veo un eh, un pálpito de que este paciente tiene algo grave. Entonces, a ese sí le tengo que pedir, y no a los tres o cuatro que vinieron antes o que van a venir porque mi pálpito con, el pálpito entre comillas, ¿no cierto? No nos manejamos por pálpito, es decir, pero cuando vos lo revisás y te das cuenta que no hay nada grave.

Eh... en cambio en el medio privado uno podés, aunque creo que no tiene nada pero igual veo por las dudas no vaya a ser que ese pequeño margen este en problemas. Y lo otro son los medicamentos. Acá en el hospital lamentablemente no tenemos acceso a medicamentos más que lo elemental y aún así tampoco tenemos lo medicamentos que necesitaríamos. Así que esa es la otra gran diferencia. La tercera es la cuestión sociocultural, en general el medio privado es diferente en el sentido, o sea, es más fácil de entrarle al paciente, en el sentido de, de saber cómo es su vida, cuáles son sus costumbres, cuáles son sus hábitos. Acá lamentablemente a veces vos te matás haciendo un diagnóstico, un tratamiento y después el paciente va a un medio en donde no tiene continencia familiar, donde está el alcohol, dónde está la carencia de los mínimos requerimientos para una vida digna. Entonces, o sea, medio como que... esa es la otra gran diferencia.

E: Y usted recién me hablaba de la pesquisa o del pálpito que usted tenía eh, cuando comenzaba a charlar con el paciente. ¿Por qué cuestiones está dada?, digamos ese pálpito… ¿qué basamento tiene?

M: Y bueno yo creo que básicamente son tres cosas las que necesitás para eso. Eh, una es evidentemente los conocimientos, o sea si vos no leíste nunca del tema difícilmente puedas tener elementos como para ir a investigar. Segundo la experiencia, eh... o sea, es decir, haber visto casos de este tipo y saber cuando tenés que pedir estudios de más y cuándo no. Y tercero, el sentido yo digo el sentido común ¿no? La calle. O sea, eso parte también de la experiencia, pero parte de... de algo de uno que es el sentido común que te hace también ver las cosas estee para un lado o para el otro. Son también los tres elementos no solamente para el neurólogo sino también para, ni siquiera para el médico para cualquier profesión. O sea, conocimientos, experiencia y un poco de criterio, de sentido común.

E: ¿Y usted frente a un paciente con caso problemático, con un cuadro difícil de diagnosticar cuáles son los pasos a seguir?

M: Y lamentablemente yo como neurólogo estoy solo, o sea, que no tengo posibilidades de discutirlo desde igual a igual. O sea, uno puede charlar con el clínico pero a su vez el, el idioma es diferente, son diferentes vocabularios. Entonces, desde

ya que no puedo eh... discutir esto con, con mis pares ¿si? Pero en principio en neurología hay una, hay una sistematización diagnóstica. Primero se identifica cuál es el síndrome, ¿verdad? El síndrome se refiere a cuáles son los síntomas que tiene el paciente. La segunda instancia es ubicar anatómicamente donde está el problema y luego recién la tercera etapa sería encontrar el diagnóstico del origen del problema. Con esos tres pasos, vos entrás siempre ante cualquier caso, desde una simple dolor de cabeza hasta una cosa mucho más complicada, esos, esos tres escalones. Ubicar el síndrome, ubicar lo que se llama la topografía de la lesión y tercero el diagnóstico etiológico que sería el diagnóstico de la causa. Recién ahí eh... pasás a la etapa del tratamiento, ¿no? Esos serían los pasos.

D.I.2.e.

E: ¿Y hmn… me podrías describir una consulta?

M: [Interrumpe] Sí.

E: [Interrumpe] ¿Cuáles son las preguntas de rigor?

M: Sí, sí. Eh, hmn justamente con infectología en general es tan amplia la gama de patologías que pueden asociarse que por supuesto depende. Pero tal vez podríamos canalizarlo en lo que hace al sida o a una enfermedad de transmisión sexual que es una de las consultas más frecuentes. Por ejemplo, que la gente quiere hacerse el análisis del hiv porque no sabe si está infectado o quiere saber su condición su cerología basal o quiere saber porque tuvo alguna actitud que probablemente lo halla expuesto al virus. Porque su pareja es positiva o porque lo hallan derivado al banco de sangre y le hallan dicho de que algo salió mal; entonces bueno uno, en sida y en todo lo que hace a la cerología va acompañando de una información pre-test y post-test. Es decir, qué hacer cuando un análisis es negativo y qué hacer cuando uno es positivo y todo lo que hace al entorno de si tuvo esa persona enfermedades de transmisión sexual. Eh… entonces, en general lo que tratamos de establecer es, eh… una entrevista donde digamos, donde el paciente se sienta eh, confiado digamos, se le explica por qué uno va a hacer ese tipo de preguntas en cuanto a su sexualidad, en cuanto a su número de parejas y realmente su historial de enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo previas. De lo importante que es antes de pedir su análisis de hiv eh, acompañar esa información. Entonces si uno tiene idea de que ese test probablemente de positivo o probablemente de negativo, entonces y ese paciente se tiene que quedar tranquilo y no volver a repetirlo o tiene que ser un paciente que debe realizar otras consultas con nuevas indicaciones. En general, con los años adquiere cierta, training o experiencia de preguntarle eh… eh… sin que se incomoden

mayormente digamos, estee este tipo de cuestiones, eh… Y bueno siempre se hace énfasis en lo que te decía, en la epidemiología, eh, la epidemiología, ¿de dónde proviene?, ¿dónde vivió?, ¿qué conductas sexuales tuvo?, ¿qué… que experiencias?, ¿qué historial clínico ha tenido?, eh…

E: Y vos me hablabas que vos le brindabas al paciente información pre-test e información post-test ¿podrías explayarte un poco en cómo es esa tarea?

M: Sí., lo del hiv, esto va orientado al hiv. Bien. El pre-test sería digamos decirle al paciente a través de lo que él me relata si eh, hay posibilidades de que de positivo o negativo, eh, que uno con cierto grado de certeza eh, puede presumirlo digamos. Porque hay pacientes que… el virus no viene del aire, entonces, estee si no tuvo absolutamente ningún tipo de exposición no tiene por qué darle positivo un test. Y, lo contrario sería ¿no cierto? en cualquiera de otras actitudes, pero no necesariamente tiene que ser promiscuas, ni haber sido polo trasfundido, ni haber tenido sífilis toda su vida. O sea, que no pasa por ahí sino realmente ser muy cuidadosos en analizar los datos que el paciente nos brinda, si realmente son confiables porque por otra parte puede ser no fiel o infiel mejor dicho al relato, ¿no? del paciente. A partir de eso se le explica de que el resultado no se le va a entregar a él sino aunque le de negativo siempre se lo entregan al médico, siempre es el médico el que lo pide y es el médico el que recibe el test. Es el médico el que informa si ese test es positivo o negativo. Entonces en el caso de que sea negativo uno encuadra een el contexto de paciente. Si realmente es un, se trata de un negativo real y no necesita hacerse controles posteriores, o si es un falso negativo donde uno presume que el paciente está infectado y todavía no le ha dado por cero conversión, o porque está en el período de incubación estee el análisis realmente positivo. En tal caso uno lo sita en el futuro para hacer controles eh, controles cerológicos y clínicos y seguir interrogándolo. Y en el caso del paciente sea positivo, uno le explica que debe repetir por evitar falsos positivos, repetir el análisis pedir test confirmatorios. Y va acompañado de todo lo que hace a la contención, que el primer lineamiento lo doy yo como médica pero después lo derivamos a la psicóloga que trabaja en el sub-comité de vihsida que está entrenada para hacerlo. Donde se hace la contención psicológica. Y el asistente social también acompañando a ese paciente que eh, si ya tiene digamos, el diagnóstico certificado va a ser un paciente que lo va a tener digamos, esee gancho por llamarlo así con el hospital. Donde va a tener que conocer dónde queda la farmacia, dónde queda… dónde se va a hacer sus análisis, dónde atiende la psicóloga, dónde tramitarse para, dinero para su pasaje o también otra cuestión de asistencia social, etc. Hmn… Entonces, es un trabajo interdisciplinario que hay que realizar.

E: ¿Y por qué esta metodología de que vos recibas la información y que vos, que vos pidas el análisis y que vos recibas la información?

M: Bueno, justamente porque si el paciente es el que retira el análisis en forma directa, como uno diría con cualquier otro tipo de análisis hasta puede ser un test de embarazo, las actitudes pueden ser totalmente diferentes. Eh… es decir, negativo por ejemplo puede ser pasaporte a bueno, yo hice una vida licenciosa la sigo haciendo, eh, están incubando la enfermedad y no vuelven a repetirse un segundo test a partir del negativo. Un positivo casos de suicidios, eh, eh cuanta gente se ha suicidado. Bueno, no muchos casos pero hubo, que se suicidó a partir de un positivo, positivos reales y positivos que fueron falsos positivos. Eh, hmn, hmn y ha… no tener esa contención y esa información que el paciente hubiese necesitado. Entonces creemos que, que es algo extremadamente delicado creo que no comparable a prácticamente ninguna otra cosa, salvo con un oncológico porque acá estamos hablando de vida o muerte, sí o no, positivo o negativo. Y entonces creemos que es extremadamente necesario que una persona calificada, en este caso el médico y a veces el asistente social en nuestro caso por ejemplo acá, realmente tantos años hace que está trabajando con nosotros que es una persona que puede suplir al médico eh, en la información que le está diciendo a menos en primera instancia. Y la psicóloga. Pero no otra persona. No el laboratorista, no el bioquímico, no la enfermera, no el eh, agente comunitario en el caso de un dispensario, eh… no eh… no la secretaria. ¿Entendés?

E: Frente a un paciente con caso problemático o con un cuadro difícil de diagnosticar, ¿cuáles son los pasos a seguir?

M: Eh… bueno, depende de la patología y el contexto del, del paciente de lo que le esté ocurriendo. En general, a veces son casos que uno lo termina internando e interconsultando a otros colegas y haciendo estudios de mayor complejidad. Hmn… eso sería en realidad, porque problemático puede ser problemático por situación social de ese paciente porque vive qué sé yo, o a más de mil kilómetros y… debe internarse y no puede por una situación social particular o puede ser problemático porque puede ser difícil el diagnóstico y difícil el tratamiento. Por eso te digo, en general cuando los casos son problemáticos desde el punto de vista diagnóstico o… se internan y se hacen estudios más complejos… hmn…

E: ¿Y qué diferencias vos notás en tu trabajo hospitalario que en la actividad privada?

M: Hmn… en general no hay grandes diferencias eh… porque el tipo de patologías que uno ve se equiparan bastante. Tal vez, hmn… tal vez, hay, el personal

de salud, el de enfermería por ejemplo, a nivel hospitalario está más entrenado a concientizar sobre las armas de control en prevención de infecciones que un sanatorio. Tiene más formación, tiene una idea más de trabajo grupal que, que la enfermera a nivel privado. En general, porque a veces la, las enfermeras que trabajan en el privado son las mismas que trabajan en el hospital, pero hay una conciencia más institucional con respecto a … al cuidado del paciente para prevenir infecciones a los otros pacientes, ¿eh? Pero acá, en lo personal no, no hay tanta diferencia de tipo patologías que veo.

Por supuesto que a nivel hospitalario uno ve por ahí ve sí más tuberculosis, por nombrar algún ejemplo relacionado directamente a lo que es la desnutrición o la falta de recursos alimenticios, ¿eh? que a nivel privado eso no lo ve, no lo ve tanto. [Risas]

E: ¿Y cómo son las patologías más comunes a nivel hospitalario?

M: Bueno, ¿de infectología?

E: Aja…

M: Te reitero es tan polimorfo que es difícil resumirlo pero eh… . Yo veo mucho eh, digamos… eh, infecciones como neumonía, meningitis, infecciones urinarias, enfermedades de trasmisión sexual, sida, complicaciones post quirúrgicas, complicaciones infecciosas post obstétricas, [Tose] patologías asociadas directamente a la inmuno supresión causadas por drogas en el caso de los tratamientos oncológicos. Porque a parte vos sabés que este hospital es centro de derivación estratégico de todo oncomatología de Barrancas para el norte, o sea de que todo paciente con patología oncomatológica viene a este hospital. Entonces se hacen muchas quimioterapias, mucha inmunosupresión. Yo veo muchos pacientes, eh… infectados secundariamente a la baja defensa. Como verás de una simple supresión urinaria a un paciente trasplantado por ejemplo, que haga infecciones hay todo un camino, que por eso te digo que es muy diversa la patología que tenemos.

D.II.1.a.

E: ¿Por qué motivos asiste al Servicio de Consultorios Externos?

U: Después del primer nene yo empecé con muchos dolores de panza y … estee bueno al principio no le hacía caso pero después al pasar los años, me dolía más y cada vez más, entonces, estee decidí venir al médico. Saqué el turno por

teléfono[89], un día antes de venir. Me atendieron me dieron una serie de análisis… radiografías eh… electros para ver como estaba, para ver si no tenía problemas para la operación y sí tenía… El doctor me estee descubrió una hernia umbilical… y él supone que es por los embarazos. Yo también supongo porque, o sea, porque los dolores me empezaron después del primer nene. Así que bueno, decidí venir al médico acá y ahí está. Ahora me tengo que operar. Tengo que sacar un turno y … el doctor estee me dijo que a lo mejor a m… los primeros días de enero me operaban. [Breve Silencio] Espero que me vaya todo bien, nomás.

E: [Breve Silencio] ¿Y… vos eh… de acá te atendiste en los consultorios externos, fuiste al de cirugía directamente con el doctor Nepote?

U: Aja. Claro, me atendió el señor Vito Nepote me dio todos estos, serie análisis para…

Nota del Entrevistador: La conversación se interrumpe porque comienza a escucharse la voz de la enfermera a través de los parlantes, llamando a las usuarias que asisten al consultorio de obstetricia.

E: Obstetricia parece…

U: Aja… Y bueno, estee me atendió el doctor Vito Nepote yyy… ya tengo todos los resultados. Se lo vine a mostrar. Está todo bien. Me mandó a ver al hijo, que es a Pablo a quien tengo que ver ahora a las once, para que me dé el turno para yo operarme.

E: Y vos enseguida eh, o sea… ¿vos viniste para cirugía, digamos?

U: Sí, directamente a cirugía

E: Y… ¿por qué?

U: Porque estee fui a un doctor allá. A un doctor en el pueblo estee… fui por el dolor que ya tenía hace varios años eh… consulté a muchos médicos allá, pero me decían siempre que eran los intestinos, inflamaciones y qué sé yo. Bueno. Fui a otro doctor y me dijo "que no, que era una hernia que yo tenía y directamente -me dijo- andate a Santa Fe, vos no tenés mutual, andate a Santa Fe a Cirugía directamente y hablá con algún doctor de turno o quien esté". Y… bueno, hice tal cual como me dijo el otro doctor. Me atendió acá Nepote directamente en cirugía, o sea, no en cirugía sino que en la sala. Así que bueno, vamos a esperar el cuchillito [Risas]

[89] Solicitar turno telefónicamente es posible para los usuarios de las localidades del interior de la provincia.

E: [Risas] Y contame un poco eh… cómo fue ahí la consulta que vos tuviste con Nepote. Ahí vos, sacaste turno, ¿no tuviste que esperar tanto como hoy?

U: No, no, no, o sea, me desocupé súper enseguida ese día porque lo único que hizo el doctor es revisarme eh… darme las órdenes para todos los estudios y ya me fui a casa.

E: ¿Y los estudios los hiciste acá en el hospital?

U: Si todo acá hice. O sea, hice en uno o dos viajes que me hice de Crespo acá eh… tuve la suerte de poderme hacer todos los estudios casi juntos, viste. Entonces…

E: Y ahí para hacer los estudios vos, eh… ¿él cómo te explicó digamos que era lo que podías tener?

U: Claro, eh… ¿qué es lo que podía tener yo?

E: Aja

U: No, no él, o sea, no me dijo nada de lo que podía tener. Nada más que está todo bien de sangre, de corazón, radiografías estaba todo bien. Así que directamente voy a operar, a operarme. Nada más.

E: [Interrumpe] Y…

U: [Interrumpe] Los resultados de las cosas las vio él nomás, o sea, y no me dijo qué es lo que tenés, tanto de esto, tanto de lo otro. No, me dijo: “Está todo perfecto”. Y bueno, yo me quedé contenta, o sea…

E: Y el médico te informó tu diagnóstico, esto de la hernia, ¿te lo explicó Nepote…?

U: Me lo explicó el doctor allá en Crespo y él me lo confirmó. Nepote me lo confirmó, que sí, que tenía una hernia umbilical y que era para operar. A parte, porque yo siento dolores fuertes viste, no puedo baldear, no puedo llevar baldes con agua y todas esas cosas. Eh… me tengo que operar sí o sí, sí o sí.

E: Y él, ¿cómo te explicó eso?

U: No, no, no él me revisó y me dijo: “Sí, es una hernia madre y tenés que operarte porque puede llegar a estrangularse y es peor”. O sea, o no sé si los dolores son más fuertes o no… o directamente supongo que por ahí, si te agarra una infección en el vientre o algo…

[...] Ya te dije me dio una serie de análisis, todas esas cosas para saber como estaba yo para luego estee... ahora que estoy esperando un turno que me dé para

operarme.

E: Y eh… [Breve Silencio] ¿Y él te explicó algún tratamiento a seguir?

U: No, no, no. Directamente me dio los estudios, me dijo “tenés que operarte y nada más”. Lo único que me dijo, estee “no alces baldes pesados, no alces los chicos, no alces, no hagas tanto trabajos”. Entonces… para que quede ahí, que no pase a mayores.

E: ¿Y él te dijo que después te vengas a atender con el hijo?

U: Él me derivó al hijo porque el hijo es el que da los turnos, para directamente ya operar.

E: ¿Ah, vos ahora estás esperando un turno para la operación?

U: [Interrumpe] Sí, un turno nada más y después directamente venir e internarme. Y que le pedí que por favor que sea en uno de los… si me podía dar los primeros días de enero o a mediados de enero porque como tengo los chicos en la escuela y yo también estudio. Estee… operada viste se me va a hacer difícil andar en todo lo de la casa. Entonces, en estos días ya voy a tener un mes, febrero entero para descansar.

E: ¿Y él más o menos te explicó el tiempo que vos vas a estar en recuperación?

U: No, no eso no. Eso supongo que eso me dirá ahora el que me da el turno. Porque eh… verdaderamente no sé cuál que me va a operar. Si el papá o el hijo. No sé, ahora voy a preguntar.

E: ¿Y vos le hiciste alguna pregunta, así, al doctor?

U: No, no. A parte de las normales no.

E: ¿Y cuáles serían así las normales?

U: Y claro, sería ¿qué es lo que tengo? O ¿podrá pasar algo? No, como están todos los análisis bien perfectos y lo más el corazón no, no tendría ningún tipo de problema.

E: ¿Cómo él te explicó que no quedaba otra salida u otra alternativa que hacer cirugía?

U: Y claro no, no porque yo, o sea, detrás del ombligo tengo como si fuese una bolita, una bolita o como un huevo y debe ser del tamaño de un huevo supongo yo. Porque me dijo “Sí madre es hernia y hay que operar sí o sí”. O sea, que supongo que

es un tamaño como para sacarlo, o sea, supongo que si hubiese sido chiquita estee no me molestara tanto, no me dolería tanto a mí. Pero como me molesta mucho entonces… supongo que por eso…

E: ¿Vos estás conforme con operarte?

U: Sí, o sea, miedo ni nada tengo yo como para, o sea, al decirme el doctor que está todo bien es como que es un ánimo, ¿no cierto?. Porque si te dice, "Uy bueno, mirá tenés esto en la sangre o esto en el corazón, que esto que lo otro". No, pero aparentemente está todo bien, así que… No es una operación complicada sino… no sé de, de cuanto tiempo será pero creo que es cortita, así que… . Por eso también no me hago tanto problema. Mientras que me salga todo bien, viste… lo demás estee…

D.II.1.b.

E: Bueno, eh… ¿Por qué motivos asististe al Servicio de Consultorios Externos del Hospital?

U: Eh… no, yo fui a Dermatología. Yyy… tenía un, un quiste. Primero me salió acá en la frente y después… [Nota del Entrevistador: El entrevistado señala su cuello, indicando el lugar en donde salió el posterior quiste] Bueno, me dijeron que me lo tenía que sacar y… me lo fui a hacer sacar. Bah… saqué turno para hacérmelo sacar, ¿no? Nada más que por eso.

E: ¿Cómo te explicó la dermatóloga del problema que vos tenías, cómo te, que te dijo que era tu…?

U: [Interrumpe] No, primero me revisó, cosa que no, no había pasado antes y después me dio unas cremas y me dijo que era lo que podía ser y… me preguntó si yo me había tocado. No me había tocado y…y, me dijo que bueno que había que sacarlo porque sino… que había que desinflamarlo para después sacarlo. Y bueno, así fue como, como y yo le pregunté si era malo, si era bueno… "Eso lo vamos a ver con la biopsia". Te hacen un, un tratamiento completo digamos, te, te, te desde que vas a la dermatóloga hasta que te lo sacan y te dan la biopsia. Entonces… es todo medio correlacionado viste. No es que vas a una cosa y después vas a otra.

E: Y vos ahí, cómo fue tu charla con González Taboada, ¿vos le dijiste enseguida tu diagnóstico?

U: Claro él veía lo que, lo que figuraba, lo que escribe la dermatóloga y… y te dice "Bueno, lo vamos a sacar". Se fija si está desinflamado o no estaba desinflamado y me decía: "bueno, lo sacamos hoy, lo sacamos mañana, lo sacamos pasado". "Vení

a tal hora y listo."

E: ¿Y él cómo te explicó cómo iba a ser la operación eh… te dijo en qué consistía?, ¿si tenías que hacer reposo o algo así?

U: No eso, como era una, una digamos una operación chica lo hablábamos mientras, me lo estaba haciendo digamos no. ¡Bah! Me dijo viste que no me lave, viste que no, que deje que se me seque, cosa que no… que se cierre, no se podía… . Hasta que no se cierre bien no me iban a sacar los puntos. ¡Bah! No, las recomendaciones normales, viste, que no se me moje los puntos. Pero otra cosa no.

E: ¿Y vos estuviste conforme digamos con la atención ahí, en el Servicio de Consultorios Externos?

U: Sí, sí, bien. Bien. No, no, no bien, bien.

E: ¿Y después digamos estee te vas a sacar los puntos o es sin punto, ni nada?

U: No eh, si teóricamente tenés que ir, te dicen "vení a curación" y… eh… pero me sacaron los puntos ese mismo médico… Orozco el otro médico que me atendió la segunda vez. Eh… me hizo ir a la semana. Menos. Yo me saqué un jueves y al lunes fui, lunes o martes fui y me sacó los puntos y … y listo. Después va a la biopsia que eso sí tenés que esperar. Eh… pero no bien. Bah… qué sé yo, rápido.

E: ¿Y los resultados de la biopsia te lo da el médico?

U: Te lo da la, el secretario del médico de lo, de los eh… que está sobre, está ahí en la Sala Seis. ¿Lo conocés?

E: No…

U: Es un viejo, medio, medio trolo. Generalmente no te lo dan, te lo tiene que dar el médico. Y no te lo dan, digamos te lo hacen, te lo leen y te dan una copia o te dan como un resumen que te hace el médico en una hoja a parte porque eso queda asentado en el hospital y vos se lo llevás al, al dermatólogo. Pero no, la última vez tuve que esperar un montón porque no sé, se había roto no sé que cosa y… me lo dio como a los dos meses. Generalmente esperás quince días, entre quince y veinte días. Y… le digo "Préstamelo que lo llevo así nomás…" y nunca más se lo devolví a ese resultado. Pero no bien, rápido.

D. II.1.c.

E: ¿Y vos cuánto tiempo hace y por qué motivos venís al Servicio de

Consultorios Externos?

U: Bueno, tiempo exactamente eh… empecé más o menos hace tres semanas atrás eh… por el tema este que tengo problemas en los riñones. Me detectaron hace tres años cálculos… eh… por el único motivo que vengo hasta el momento. Eh… por supuesto que ya he ido y venido siempre por el mismo problema. Pero ahora lo vengo a ver al doctor para ver si puedo eliminar el único cálculo que me queda, que salió en el último estudio que me hicieron.

E: Y me podés contar un poco como te contó el médico cuál era tu problema de salud eh… ¿cómo te lo dijo?, ¿qué te dijo que tenías?

U: Claro lo que pasa es que yo empecé problemas como te dije, con problemas en, en una… digestión viste así, yo siempre tuve más que nada problemas así en la digestión. El organismo mío no sé es medio, es medio extraño no sé … yo siempre he tenido una cosa u otra así que. Y esta vez me pasó algo raro con respecto… tuve problema así de… de… no solamente. Por eso te explico que no solamente tuve problema de… de estos cálculos sino que también tuve infección urinaria y otras cosas más que siempre, siempre fue la parte de urología así que por eso él siempre me atendió a mí. Siempre alguna otra cosa no he tenido. Y… resulta que de una cosa salió otra porque a mí prácticamente siempre tuve infección urinaria y después me sacaron esos… esos cólicos renales que son fatales los dolores y de última me salió esto. Hasta ahora es esto lo que tengo, que es los cálculos. Ojalá que pueda zafar de una vez por todas porque sino…

E: ¿Y qué te dijo el médico?, ¿por qué se producen los cálculos?

U: Sí, eh… me lo dijo por supuesto… que… y yo ya lo estoy sabiendo que hace mucho que me cuido por las cosas picantes. Prácticamente… era de comer muchas cosas picantes, más que nada de eso me dijo que yo no… yo vivía comiendo cosas picantes y eso lo que más me afectó para que me apareciera eso. Eso es una de las cuales de tantas cosas que, que ahora no me acuerdo. Pero eso fue lo fundamental porque… a parte yo ingería cosas picantes la verdad… así que…

E: ¿Y ahora él que te dijo esta última visita que tuviste hoy?

U: Bueno, no hoy me, hoy me dijo que va a hacer todo lo posible para ver si… elimina el último cálculo que tengo y que … que era eso la molestia que yo tenía nada más porque yo… Bueno me preguntó por supuesto si, cómo estoy comiendo, si me estoy cuidando. Y le dije que sí, por supuesto, porque la última vez que yo tuve consulta con él, eh… me inyec… me, me, me medicó con cuatro inyecciones. Y a través de esas inyecciones hasta ahora gracias a Dios ando bien. Así que…

E: ¿Y vos tenés que hacer alguna dieta?

U: No, mirá dieta no tengo que hacer pero prácticamente viste… me tengo que cuidar en las comidas picantes...

E: O sea, que no podés comer… ¿qué sería cuidarte en las comidas picantes?

U: Y… y todas aquellas comidas… viste que le echan… viste en los condimentos más que nada. Sería eso es el punto y más allá también que yo, no sé viste, como yo te dije de mi organismo. Yo no puedo comer cosas con grasas eh… qué sé yo… mi [Breve Silencio] Mi, mi cuerpo no, no, no asimila cosas así cosas con grasa, no sé, no sé yo no las puedo comer o si las como me hace mal. Viste achuras y todas esas cosas que por ahí a uno le pueda gustar pero yo no sé. Yo no sé, mi cuerpo… me hace mal. Así que… Y siempre tengo la charla esa con el médico porque ya sabe más o menos mi problema así que… . Yo lo único que me pregunta si desde el momento que empecé a venir así que… que una de las… de los motivos era por la… cómo se puede producir los cálculos es eso y ahora otros motivos. Pero me detectó enseguida porque me preguntó y le dije que yo era de, hasta el momento era de comer muchas cosas picantes, más allá que me lo habían dicho pero yo, uno es también cabeza dura, no lo tiene que hacer pero lo hace. Ahora me cuido por supuesto.

E: ¿Y eh… me podés decir más o menos cuál es el tratamiento que te dio el médico?

U: El tratamiento que me dio el médico se basa a… a inyecciones. Eh… una vez que yo termino las inyecciones y tengo que venir a verlo de nuevo para que, que hace porque ahí ya va a ver si, me va a dar, porque a mí me supieron dar vitaminas para… para desechar las … las piedritas y una sola nomás ya te digo. Y ahora va a ver qué puedo hacer porque viste. Ese es el tratamiento nomás que me dio. No puedo hacer más.

E: ¿Y vos sabés cuál es el nombre de la inyección?

U: Ibopropeno. Ibopropeno. La misma que la otra vez. Las otras cuatro que me habían inyectado. Lo que pasa es que yo no estoy con dolores ahora, molestias nomás viste. Pero dolores no tengo.

E: ¿Y el médico piensa que con esas inyecciones se va a disolver solo el cálculo o…?

U: Es un intento que hago, que va a hacer dijo. Si… si no pasa nada tengo que volver a ver, a ver que, que puede hacer. Así que…

E: ¿Y cuando tenés que volver ahora?

U: Y más o menos le calculo dentro de dos semanas. Más o menos. Por las inyecciones que me dio dos semanas.

E: ¿Y el te habló de una posible cirugía?

U: No, no. Cirugía no porque ya te digo cuando a mí me detectaron me dijeron que por dos cálculos no se puede llegar a operar. A parte a mí el problema que yo tuve que no sabía que se corrían los cálculos y estaban cerca de la, de la parte de la vértebra. Más o menos estaban cuando me detectaron por primera vez iba a tener problemas yo. Y me dijeron que ellos me operaban pero las consecuencias no se hacían cargo ellos y tenían razón. Pero ahora con el correr de los años gracias a Dios ya te digo yo tenía una, me quedé con una así que por el momento no sé nada.

E: ¿Y cómo es que te explicaron que ellos no se hacían cargo y demás?

U: No, no porque dicen… según dicen que yo no entiendo bien del tema la… dicen que la parte de la vértebra es un lugar muy delicado para la operación y si… cortarme ahí cerca de la vértebra y tener alguna complicación eh…por dos cálculos. Ellos me dijeron así que no se hacían cargo, así que lo pensara bien. Y yo directamente le dije que no. Yo estoy medicado. En ese momento cuando yo llegué a estar internado y me detectaron los dos cálculos que me, que me iban a operar. Ellos me iban a operar pero me dijeron que era muy complicado. A mí se me hacía complicada la operación esa. Así que no sé con el correr del… del tiempo ahora me salió en el estudio este último que me hice me salió que tengo una sola.

D. II.1.d.

E: ¿Y usted cuánto tiempo hace que viene al Servicio de Consultorios Externos?

U: Y mirá, aproximadamente dos años y medio cuando mi esposo se enfermó.

E: ¿Y a qué consultorio viene?

U: Yo me hago ver los ojos con la doctora Elizabet Keich la of… la…

E: Oftalmóloga [...] Y cuando ella le informó sobre su diagnóstico eh… ¿cómo le explicó digamos, lo que usted tenía?

U: ¿La doctora?

E: Aja…

U: No, lógicamente en la primera revisación hizo fondos de ojos… todo

completo y ahí vio que tenía presión en… poca, no mucha presión en la vista. Y bueno, entonces me hizo más hincapié para que vaya digamos a controlarme, a controlarme porque eso hay que controlarse… Me dio unas gotas y ahora después cuando yo volví del accidente… me dijo que vaya más seguido a tomarla porque estaba más o menos en el límite, que no me quería torturar con gotas hasta ver si podía con la… con el control llevarme adelante sin… sin tener que traumatizarme todos los días con gotas. Pero estee estoy bastante mejor.

E: ¿Y usted usa lentes o…?

U: Sí, los tengo y no los uso mirá [Risas]

E: [Risas] ¿Y por qué no los usa?

U: Porque ya me ha pasado otra vez, que he ido al oculista y los lentes permanente los tengo y no los uso. Pero voy a tener que empezar a usarlos porque cada día voy a ver de… no, no mejoro viste, al contrario. No voy peor pero tampoco me curo.

E: ¿Y por qué no los usa?

U: Por negligencia, por negligencia mía, porque me pasa así que me olvido. Tengo muchos problemas, tengo mucha qué sé yo y bueno…

E: Porque acá para el quiosco sería medio útil los lentes…

U: No, los lentes para leer sí los tengo. Pero los que me dio permanente que tenía que usarlos permanente, no los uso. Pero es por una negligencia mía, la doctora no tiene la culpa. La doctora no va a estar corriendo detrás mío para que… soy bastante grande para que me ponga los lentes. No soy una bebé, si usted tiene que pegarle un chirlo para que se ponga los lentes. Pero eso ya es cosa mía, no puedo atribuírselo a la doctora de ninguna manera. Pero nosotros … yo voy a tratar de empezar a colocarme…

E: ¿Y usted ahí, se los hizo ahí en el hospital los lentes?

U: No, no, no.

E: ¿Ya los tenía hechos de antes?

U: No, no, no me los hice particular. Porque no, creo que los lentes, no… no sé si los dan. Yo me los compré porque no sé si tampoco son tan caros… y ya te digo pero este ahora … los de ver cerca si los uso porque inclusive ahora empecé a trabajar. Yo soy manicura y empecé a trabajar con…

Pero me cuesta, me cuesta usa… ahora qué sé yo, me costaba los primeros

días, no podía trabajar. Podía trabajar pero al o poder mirar la clienta me con… era una cosa media. Pero bueno me voy acostumbrando.

D. II.1.e.

E: Eh... bueno, vos a qué consultorios vendrías… Eh… ¿Venís al Servicio de Consultorios Externos acá en el hospital?

U: [él] Sí

E: ¿Y a cuál consultorio vendrías?

U: [él] al… [Silencio]

Nota del Entrevistador: El joven mira a la joven esperando que ella de la respuesta.

E: Eh… ¿sabés cómo se llama? [Breve Silencio] ¿A qué médico viene, digamos?

U: [ella] Hoy…

E: Sí

U: [ella] Es la primera vez que venimos al traumatólogo…

U: [él] [Interrumpe] Hoy es la primera vez que venimos al traumatólogo, por el tema de la rodilla que tengo un golpe y me molesta. Tengo la molestia, la molestia que no, no me deja caminar muy bien y no puedo trabajar. Ese es el problema. Y ahora tengo que hacerme la … ¿cómo es? [Nota del Entrevistador: El joven le pregunta a la joven el nombre del estudio] Auto…

U: [ella] Au… ¿qué cosa?

U: [él] Eso. [Nota del Entrevistador: dice el joven entrevistado mientras señala los papeles que ella tiene en la mano]

U: [ella] Artroneumago… má qué sé yo… [Risas] vas a tener una grabación… [Risas] [Nota del Entrevistador: La entrevistada sostiene mientras lee el papel]

U: [él] Mala…

U: [ella junto a é] Artroneumagrafía

E: ¿Y cómo fue digamos el, cómo fue si me podés dramatizar o contar como fue eh la revisación con el médico acá digamos…?

U: [él] Me atendió, me revisó la rodilla, me, me tuvo observando. Dijo que la rodilla él dice que los ligamentos no, no que no eran, que podía ser un esguince de

rodilla que… Porque yo juego al fútbol así, una vez me caí del caballo entonces, eh… ahí puede estar el dolor.

Porque ya en el noventa y ocho yo me había caído del caballo y me, se me había retorcido y se me había hecho un tratamiento con cofiatril y una pomada… oxagen. Entonces más o menos me había cambiado… me había calmado y ahora que me la volvió a atacar de nuevo, jugando al fútbol, me la volvió a atacar de nuevo.

[Breve Silencio]

U: [ella] Siempre vuelve el dolor…

U: [él] [Interrumpe] Siempre vuelve el dolor. Entonces cada rato estoy perdiendo el trabajo por el dolor a la rodilla.

U: [ella] Van varios médicos que dicen que son los meniscos o los ligamentos y hoy el doctor dijo que eran los meniscos …

U: [él] Porque en el Cullen cuando me atendieron, me atendió una doctora, un traumatólogo y me dijo vamos a hacer una radiografía y me dio medicamentos, me dio medicamentos, calmantes e inyecciones. Y cuando quise volver para mostrar de nuevo el pie no estaba más. Entonces fui a la guardia, a traumatología, me atendió un muchacho… y me dij…

U: [ella] [Interrumpe] Un médico

U: [él] Un médico, y me dijo los huesos no tienen nada, los meniscos estaban dañados pero no, no podía decir, decir que era operación porque tenía que estar roto del todo. Y me dijo que tome los calmantes y que las inyecciones no. Lo que me dijo una el otro me lo dijo al revés.

[Silencio]

E: [Risas] Y… y, o sea, ya te dio el diagnóstico el médico, te dijo más o menos que tenés, ¿te explicó?

U: [él] Me dijo que puede ser un esguince de rodilla pero ahora tienen que ver este estudio para ver si, no sea todavía que los meniscos estén, estén rotos. Él calcula que no porque la pierna está firme pero por hay no… [Silencio] No se sabe…

E: ¿Y cuándo tenés que volver?, ¿te dijo algo?

U: [él] No, no… y ahora vamos a ver si, si podemos encontrar esos lugares para hacer … para ver el presupuesto, para ver lo que sale.

E: ¿Y vos, después el te mandó para acá, para el Servicio Social el mismo

médico?

U: [él] Sí, sí porque yo le dije que no tenía trabajo. Entonces, él me hizo la orden, la autorización y me dieron un papel para llenar. Ahora tuvimos que llevársela a él, que él ya la firmó, ya y que estamos esperando que el jefe venga para, para dar la autorización final, para que puedan darle la fecha para, para hacer el estudio, para después… Uno, uno no tiene plata para viajar y tiene que volver de nuevo, ya se hace más difícil la cosa, lo que no hay trabajo, se hace muy difícil…

E: [Breve Silencio] ¿El médico te dijo más o menos el tratamiento o no te dio ningún tratamiento?

U: [él] No, no … sí no me dio ningún tratamiento hasta ahora no. Esperemos ahora cuando tengamos eso poder… que me dé un tratamiento o algo que, por lo menos en poco tiempo esté bien para poder trabajar porque no… no se puede…

D. II.2.a.

E: ¿Y vos por qué cuestiones venís al hospital? Tuyas digamos…

U: Y… yo la primera vez que vine, vine por una operación de vesícula, después vine por los embarazos y ahora ando porque tengo problema en la columna y porque vengo para la… la nutricionista

E: Aja

U: Actualmente estoy viniendo para eso.

E: ¿Y vas a Consultorios Externos?

U: Sí… consultorios externos voy.

E: Y… vos digamos actualmente estás viniendo al Servicio de Consultorios Externos y … ¿para qué me habías dicho qué venías?, ¿a qué médico vas?

U: Eh… yo actualmente estoy con el doctor eh… [Breve Silencio] Clínico

E: Aja

U: Y para hacerme un calor, así en la columna. Tengo problema en la columna yo.

E: ¿Y para eso vas al traumatólogo o te quedás con el clínico?

U: No, me quedo con el clínico, con el clínico o con el traumatólogo, los dos. Pero como ya al clínico, la traumatóloga me mandó al clínico con un papel que decía lo que tenía y ella me… El doctor ya me dice bueno… cuando yo ya voy me dice

"Bueno –me dice- andate, hacete esto y después pasá de nuevo por acá".

E: Aja ¿la traumatóloga entonces te derivó de nuevo al clínico?

U: Aja

E: ¿Y te dijo más o menos lo que era, que era lo que tenías?

U: A mí se me hace contracturación en el cuello y se me está haciendo un tipo… cómo es algo así… en la columna. Se está desviando la columna por el mismo peso mío. La traumatóloga me dijo así que era por el mismo peso mío, que se estaba, se estaba ¿cómo es?… Se estaba atrofiando la columna me dijo. Y eso… y el doctor este que me hace ese, calor así en el cuerpo, me dice como que tengo que caminar y bajar de peso.

Lo que pasa es que yo camino pero yo un vaso de agua parece que ya… estoy por reventar con un vaso de agua, ya ni agua quiero tomar porque digo yo voy a seguir engordando así, voy a quedar un tonel voy a ser.

E: Y caminás o…

U: [Interrumpe] Camino desde mi casa, te digo son quince cuadras hasta la acá, hasta el parque Garay agarro dos o tres vueltas con mi amiga y me voy a mi casa caminando.

E: Ah…

U: Pero no adelgazo. Sí, yo me noto porque esto de acá… [Nota del Entrevistador: La entrevistada se toca el cuerpo, la zona abdominal] Te, tengo que adelgazar…

E: Y… eh… cuando el médico te informó sobre tu diagnóstico, sobre este problema que tenés en la columna y demás eh… ¿Vos entendiste claramente cuál es el problema?, eh… ¿No te quedó ninguna duda?

U: No, porque me sentó la doctora y me dijo "Tenés que adelgazar Margarita, para empezar adelgazar Margarita… y si vos seguís -dice- con que no te hacés los tratamientos -dice- vas a caminar con la rodilla". Dice "así que elegí". Por eso te digo yo cuando te digo… cuando yo entro: "Buen día doctora. La verdad doctora quiero que me diga qué es lo que tengo". "No te hagas problema - me dice la doctora- yo te lo digo", me dice. Igual que el clínico también.

E: ¿Y cómo era eso que te decía que vos no hacías los tratamientos?

U: Si yo no hacía los tratamientos que iba a caminar con la rodilla porque lo mismo… que voy, lo que va gastándose la columna se va desformando… "se va

desformando y vas a llegar a un límite -dice- que no vas a caminar", dice [Breve Silencio] ¡Ah! Porque yo caminé, yo ahora actualmente yo ya no trabajo porque con ese problema yo no puedo limpiar pisos. Pero yo trabajé desde los siete años, trabajé, en casa de familia y viste que vos enceras el piso y te vas… varias veces me caí y te vas … Por eso yo digo que a lo largo del tiempo me fue atrofiando los huesos.

Hijo Hemofílico

U: Eh… Rubén tiene veintitrés años y… tiene hemofilia

E: ¿Y siempre viniste acá al hospital?

U: Siempre, siempre. Cuando él era chiquito sí por supuesto, viste, casi no tee, acá en el hospital, como era recién nacido no se atendía eso. Entonces lo mandaron al Hospital de Niños. En el Hospital de Niños me decían que no, que, él era bien… es ahora está más oscurito pero es una cosa blanca, es una leche y… yo, yo lo tocaba y al jugar con él así, se le hacían hematomas. Lo llevaba allá y me decían que era delicado de la piel y entonces, una señora me dice "Hacelo atender -dice- con el jefe del hospital de Niños". El jefe del Hospital de Niños me dice "Bueno, llevatelo -dice- a este médico, en Sala Cuatro, me dice, del Hospital Iturraspe".

Ya te digo, ni idea yo, tenía tres meses de vida nomás, vine acá y… lo esperé al doctor Altermi y me dice el doctor Altermi: "Bueno, tal día vení que yo le voy a hacer un análisis al gordo". Vine, le sacaron sangre del cuellito y me dice: "Dentro de quince días yo te voy a hacer llamar. Vení, vos a averiguar qué es lo que tiene tu hijo". Cuando vine a los quince días, me, me dice "tu hijo tiene una enfermedad -dice- pero no te asustés mamá", dice. Yo en ese entonces era flaquita, chiquitita dice: "No te asustés sabés, esa enfermedad lo único que tenés que hacer es que no juegue con nadie. Tenelo en un lugar que no lo toque nadie". Bueno y le digo "¿Qué tiene?" Dice, como a él no le crecía el cabellito digo "¿Qué tiene mi bebé?". Entonces, me dice: "Mirá tiene una enfermedad que se llama hemofilia", dice, "pero esa enfermedad no tiene que tener contacto con la tierra, con, jugar con nadie", dice, "y si tiene hermanitos que no juegue con él, que no lo toque, qué sé yo…" [Breve Silencio] y cuando me dijo que tenía la hemofilia entonces le digo yo "¿Y eso qué se cura doctor?". "No, eso no se cura. Eso se llama…" -dice- cómo es que se dice … " en la garga de nosotros -dice- sería la enfermedad de los reyes" que le dice, dice el médico.

Bueno, entonces ahí ya me comenzó a tratar él acá. Y… y como él tenía golpes, tenía cortes. Al año y tres meses se me cayó, me hizo la cola todo hematoma. Lo traje acá, le ponían hielo, qué sé yo, le daban antinflamatorios, todo y pasaba

eso… Ya, ya viste vos después al año y tres meses ya te desesperás porque ves que tu hijo no va, no, no lo ves bien.

Entonces yo un día estaba trabajando en la casa de mi patrona, se trepa por una madera. No había visto yo que había la cabecita de un clavo, apenas salía. No rompió el calzoncillito, no rompió el buzo, nada, pero se cortó la bolsita del testículo. Entonces, me dice, lo traje acá y acá me acuerdo que el doctor Altermi en el auto de él me llevó al Hospital de Niños, del Hospital de Niños ellos lo agarraron al chiquito en los brazos y lo cosieron y parece que lo que él lloraba cortó, rompió más la bolsita y cortó todos los hilos. Me lo trajo acá y lo internamos, y lo internaron y me dice "Bueno, veinticuatro horas". Le ponían sangre y perdía, así estaba continuamente. "Bueno -me dice- vas a tener que ir a Buenos Aires", me dice. Y me llevaron a Buenos Aires.

Llegué allá a Buenos Aires. Yo no sé leer, estoy aprendiendo recién. Yo no sabía leer, yo no conocía a nadie. Me fui en ojotas, ni… ya te digo, lo que yo era flaquita, con dos o tres ropitas, una musculosa finita, con eso me fui a Buenos Aires. Y allá, cuando llegué allá me dice el doctor que no tenía vida. Le dice el doctor Altermi: "No puede ser que no tenga vida si él tiene sangre… si lo están manteniendo con sangre". Y le pasaban, en ese entonces le pasaban, como se llama también, plasma… plasma le pasaban o clio precipitado. Otro factor que … que sacan de la misma sangre. Le ponían eso y con eso me lo sacaron a flote.

Por eso yo te digo que yo no sé pero… pero el acá el hospital… mirá que yo lo he traído mal, mal, mal ¿no? Lo he traído. Y yo por ahí vengo y me tiro a los brazos de Mequi para llorar porque no doy más, viste, cuando ya que te rebalsa esa cosa de que vos estás angustiada, vengo y me tiro a los brazos de Mequi a llorar porque yo me siento mal. Y mir… suer… suerte… yo no sé, yo digo que ellos acá son todos, todos, todos… no es porque ellos me traen, Mequi está pero yo veo que ellos andan a las disparadas. Pero para mí ellos son todo, son todo. La casa mía. La casa mía. Lo que es parte de Clínica Médica es la casa mía. Así que yo no tengo nada, ni una queja, nada viste porque siempre me han atendido bien. Y… actualmente es… también porque a veces me toca traerlo a Marcelito, el otro chico hemofílico y también… La parte de pediatría es lo mismo… te lo atienden a las mil maravillas. Nunca, nunca, nunca tuve ni un sí, ni un no. Siempre estuvieron ahí, cuando yo lo necesité siempre estuvieron ahí.

E: ¿Cómo fue eso de hacer todos los trámites para poder viajar a Buenos Aires?

U: No me preguntés porque yo no hice nada. Fue el doctor el doctor Altermi

que hizo todo y una… una monjita. Ellos dos fueron, yo… yo me desperté cuando llegué allá en Buenos Aires. Yo lo único que me acuerdo es que me pusieron en una avioneta y que me llevaron. Lo único. Porque el doctor Altermi no sé lo que hizo, qué es lo que hizo, si habló por teléfono, qué es lo…. Lo único que me dijo "Bueno, mamita, agarrá tu bebé, vamos que te llevo en el auto hasta…" ¿cómo es que se llama?, ¿cómo se dice?

E: Sauce Viejo

U: "Hasta Sauce Viejo" y… ya le dije, ya te digo que cuando vi a mi hijo mal no… lo único que yo me acuerdo que sentí una cosa acá… [Nota del Entrevistador: La entrevistada extiende su mano sobre el pecho y la garganta] Y bajó y ya estaba allá en Buenos Aires. Lo único que sentí. Y nada más.

E: ¿Y de tu experiencia en Buenos Aires comparada con tu experiencia acá en el hospital?

U: No, no [Risas] de Buenos Aires no quiero hablar

E: ¿Por qué?

U: No allá en Buenos Aires es distinto. Es, es también como, como te puedo decir tiene la privacidad así de tener un cuarto y todo pero es distinto la forma que te tratan, como allá sos una piel negra que tenés te tratan como una negrita ¿viste? No te tratan acá porque vos seas blanca, seas negra te, te tratan igual. No, no allá como que te hacen una diferencia… personas morochas o gordas, que ya te miran como… como diciéndote "Mirá que gorda que es". A mi ya me da vergüenza estar con mi hijo a Buenos Aires… ya. Yo no voy más a Buenos Aires [Risas]

E: ¿Y por qué no querés ir más a Buenos Aires?

U: Porque me siento mal, siento como des…descremada. ¿Cómo es que se dice?

E: Ah… discriminada

U: Porque te miran como deciéndote: " Mirá lo qué es eso, caminando", ¿viste? Porque yo lo siento no sé parece que yo lo sintiera que, que te están mirando, que me miran.

E: ¿Y en qué cuestiones vez que te discriminan o que sentís, qué percibís eso?

U: Percibo eso cuando estamos en… con Alejandro estoy cuando yo voy a hacer una consulta con el médico, cuando… Acá por ejemplo vos llegás y te dice el médico "Bueno siéntese señora vamos a charlar que es lo que le pasa, que es lo que

tiene" que por ejemplo el doctor Blaj que viene y te dice "Sentate Villalba ahí y contame lo que pasa". Eso es una hermosura. Bueno allá no. Allá vos estás parada y no te dicen ni sentate ni nada. Y si embargo cuando yo era flaquita te dicen "Sentate flaquita, sentate vamos a hablar ¿qué pasa?." Ahora no… ahora los médicos cambiaron un montón, cambiaron los médicos. Entonces yo te digo que las mismas enfermeras, las mismas bioquímicas, las, los mismos médicos, los mismos, las mismas secretarias te, te a mí hace no sé yo… . Y la prima mía dice que también sintió ese… como ella es gor… media gordita, viste, no es gorda como yo no. Y dice: "te sentís mal". Yo me siento mal, yo me siento mal. Por eso yo no me fui más a Buenos Aires. Hace como seis años que no voy más a Buenos Aires, desde que comencé a engordar así. Porque yo me sentía discriminada al ver que, porque todos me, porque como yo iba y pedía, como hay un bar viste, ahí adentro iba a pedir un café con leche y ya me miraban viste con… como diciendo: "Eh… gorda que te querés tomar o qué querés comer." O le pedía viste que me vendan un paquete de masitas de agua. A parte yo me siento que son amigos míos acá dentro del hospital y fuera del hospital, en los negocios de acá fuera todo. Yo conozco. Yo te digo que conozco todo acá en el hospital pero yo allá en Buenos Aires no, me siento las veces que he ido me he sentido… No antes ahora, ahora que yo ando así con problema de gordura.

D. II.2.b.

E: Bueno, ¿usted cuánto hace y por qué motivos está viniendo acá, por Consultorios Externos?

U: Y por Consultorios Externos desde el noventa y siete. Sí, porque a mí el, el quince de noviembre me agarró un infarto. El primer infarto que estuve más o menos quince días. Estuve, creo que cinco días o seis en terapia intensiva después me pasaron acá a Clínica Médica y en total habré estado, más o menos, quince días internado. Y después ya empecé a venir a, a consultorios externos, a ver a la doctora Perotti que era la que me atendía [Carraspea] Después, que me atendió un tiempo la doctora Perotti. Otra vez en julio del noventa y ocho me volvió a agarrar una descompostura y me volvieron a internar una semana, que estaba con la doctora Perotti todavía. Primero estuve en terapia intermedia, después me pasaron a sala común y estuve, más o menos, cinco días otra vez internado. Y después de eso me pasó la doctora Perotti al doctor Vicario, que ahí fue cuando él me empezó a tratar yy empezamos a hacer los trámites porque me dice "vamos a hacer primero una, como una… un cateterismo". Me mandaron a Rosario, me hicieron el cateterismo allá, cuando traje el resultado Vicario me dijo "Bueno, usted se tiene que ir a cuchillo. Lo

tienen que operar" –dice- "porque hay dos arterias tapadas". Entonces fue cuando empezamos a hacer los trámites para la operación. Me operaron en el noventa y nueve, en el Favaloro y ya seguí. [Carraspea] Desde entonces hasta ahora no paré de los consultorios externos. Continuamente en consultorios externos.

Y después ahora que… para el día de la madre volví, me volvieron a internar porque, también, como yo le decía ayer a Me… Mequi, le digo "vos sabés que el día de la madre yo a las, no sé a que hora sería pero yo calculo que tiene que ser a las cuatro, cuatro y media de la mañana, me despertó la taquicardia. Pero es impresionante como, parecía que el corazón me quería salir del pecho. Y fuerte, fuerte y continuamente". [Carraspea] Me despertó eso. Bueno, después ya me empezó a doler el brazo, el hombro. Entonces, me levanté, me trajo mi señora acá al hospital, me vio la enfermera, me vio la enfermera de la guardia primero. Me toma la presión y me dice "espere que lo vamos a consultar a la doctora". Y llamó a la doctora que estaba de guardia. Vino la doctora, me vuelve a tomar la presión. Y me dice, " ¡Ah!, no -me dice- esto es grave", dice "así que va a tener que ir a, a Clínica Médica y va a tener que quedarse internado seguramente". Y a las siete de la mañana estaba internado. Me llevó, me trajeron con un sillón de ruedas a Clínica Médica, me vio el doctor Erbeta, él estaba de guardia. Me atendió él, me hizo un electrocardiograma. Dice "Usted – dice- tiene que quedar internado".

Y estuve de cinco días a seis otra vez internado. Y después seguí yendo con, yendo y viniendo con, con Vicario queee, él es el que me controla y allí no andaba muy bien porque me dijo Vicario dice..., dice "usted está acá así como para quedarse internado otra vez". ¡Paf!

E: [Risas]

U: Claro a mí, yo… soy hipertenso y me pongo nervioso y es suficiente para que me empiecen a otra vez. Ese es... ese es el grave drama que tengo yo. Yo me, me los trago a los nervios viste, no soy una persona que agarra y tiro cualquier cosa, rompo algo, golpeo algo y se me va. No, yo me los trago, los dejo pasar. Y después se me va, se me va acumulando, se me va acumulando, hasta que un momento llega que reventás.

E: [Breve Silencio] Y usted me decía que [Carraspea] bueno, cuando vino acá al consultorio externo eh… cómo es que le explicaba al, el médico a usted el diagnóstico que tenía, lo que usted tenía, ¿cómo es que le dijo?

U: Ah… a mí me dijo, directamente me dijeron eh… allá en Clínica Médica me dijeron que tenía problemas eh… coronarios, que me venga a ver a la doctora Perotti,

que ella era la que me iba a continuar viendo para seguir al tra… tratamiento y que, que continuara con ella. Y bueno, vine y la doctora Perotti me dice… En primer momento yo vine con una nota de Clínica Médica, me vio la doctora Perotti, leyó la, la nota que me mandaban y me empezó a tratar con… primero análisis, electrocardiograma y ergometría.

La ergometría, el electrocardiograma salió, relativamente me dijo que había salido bien, pero en la ergometría ya en los resultados vio que no estaba muy bien, Entonces me [Carraspea] me empezó a hacer, estee, como es la… los medicamentos para ver cómo reaccionaba yo, el problema que tenía yo, a ver cómo resultaba. Si mejoraba, si se mantenía o si se bajaba los problemas. Y entonces fue que ellos vieron que las cosas no bajaban, se mantenía sí, no subía pero se mantenía más o menos estable. Es lógico las arterias al estar tapadas no había otra cosa más que esperar, entonces tenían que hacerme los bypases. Pero eso con los medicamentos no, no se limpiaban las arterias. Así que continuamos pero continuaba estable la …

Nota del Entrevistador: Interrupción de una señora preguntando por qué estaban cerradas las ventanillas.

U: Eh… entonces fue que mee..., por eso fue después a los… y en julio, siete meses después me agarró otra vez de nuevo otro pre infarto, vamos a decir. Porque vine con tiempo que la doctora Perotti me tomó la presión, me hizo un electro en el momento y me dice “no, -dice- usted se tiene que quedar internado”. Y que me mandaron a terapia intermedia. Me tuvieron veinticuatro horas en terapia intermedia que, tal es así que en las veinticuatro horas me hicieron doce electrocardiogramas. Cada dos horas me hacían uno, para ver como evolucionaba. Y después de eso me mandó ya a Vicario porque me dice “esto me parece que va para mayores”. Entonces me mandó a Vicario. Le mandó una nota, me empezó a ver el doctor Vicario, me empezó a atender él y me dice “Bueno, como primeras medidas vamos a hacer un cateterismo”. Me hicieron todos los trámites, me mandaron al hospital Centenario a Rosario y cuando volví de allá, lo veo otra vez con los resultados de lo que traía yo y me dice “Bueno, acá no queda otra alternativa”. “No es de gravedad” fue todo lo que me dijo. Dice “puede ser -dice- ahora, puede ser dentro de un año” –dice. “Porque eso, -dice- no está grave, pero hay que operar”. Entonces, yo ahí le digo “que vamos a esperar -le digo- que se agrave más. Que se llegue a un punto límite que sea muy grave, ya no. Vamos a hacerlo con tiempo y lo hacemos tranquilo”. Entonces fue como, ellos empezaron a hacer los trámites. Y… un buen día, en el noventa y nueve, a principios del noventa y nueve, creo que fue en febrero, me llaman por teléfono desde Buenos Aires que yo tenía que estar. Fue un lunes y el miércoles a la mañana, no me

acuerdo la fecha exacta, tenía que estar en el, en el Ministerio de Salud allá en Buenos Aires. [Tose] Y me fui. Vinimos acá y le avisé a Mequi, Mequi me dice “sí, -dice- ya nos avisaron a nosotros”, así que me tuve que ir a retirar el dinero, viajar a Buenos Aires y presentarme allá.

Llego allá y me dieron los papeles para que me presente a Favaloro, a la Fundación Favaloro. Estaba ahí como a seis cuadras así que estaba relativamente cerca. Llegamos a la Fundación Favaloro y yo llevaba todos los estudios hechos que me habían hecho acá. Yo llevaba todo, pero allá me hicieron todos los estudios de nuevo, otra vez. O sea, que no..., los que llevaba acá... “No –dice- le hacemos todo de nuevo –dice- así que empecemos ahora”. Y así fue que estuve casi un mes haciéndome, porque fue la época que cortaban la luz allá, que había problema con la luz. Bueno, a lo mejor en una semana me hacían una cosa o dos cosas, de todo lo que me tenían que hacer. Me iban más en lo que iba a gastar de boleto de ida y vuelta y no me hacían nada que lo que me hacían. Pero más o menos estuve un mes y me hicieron todo. Cuando me hicieron todo me dice, ese fue el día trece de marzo, cuando me dicen “Bueno, -dice- usted el día dieciséis tiene que estar acá para internar”. O sea, que el dieciséis, el día dieciséis de marzo a las tres y media de la tarde me internaron, me iban a operar el diecisiete pero hubo una operación de urgencia, entonces me dejaron para el dieciocho. El dieciocho de marzo me operaron. Tenía que estar diez días internado pero por, por la evolución que tuve yo, el veintitrés de marzo me dieron de alta. O sea, que de diez días estuve cinco días.

E: Y usted eh… ¿cómo fue la experiencia allá en Buenos Aires comparada con, con lo que es acá el trabajo en el hospital?

U: Nooo, eh, bueno, allá la Fundación Favaloro es una cosa que … espectacular. Es una atención.... Yo de acá no me puedo quejar pero de allá menos. Porque allá yo me interné, me internaron, me operaron y cuando me pusieron… . Cuando yo me desperté estaba en terapia intermedia, ya. Ya me estaba, ya estaba por salir ya de terapia intermedia. Ya me estaban por llevar a la sala común. Mientras estuve en terapia intensiva estaba dormido. Yo no me acuerdo cuando estaba en terapia intensiva. Después me dijeron que estuve veinticuatro horas en terapia intensiva y después estuve veinticuatro horas en terapia intermedia y después ya me fui a la sala común. Y cuando estaba en la sala común que ya ahí es cuando estaba lúcido completamente, eh, tenía una botonera al lado de la cama... Que ahí nosotros apretábamos un botón, eh..., había un botón para el doctor, uno para la enfermera y otro para la mucama y no terminabas de apretar el botón que ya estaban en la puerta. A ver qué problema había o quien lo había llamado. Porque en cada sala había dos

camas, nomás. Así que vos imaginate lo que..., la atención. Lo que es eso. Pero era instantáneo, instantáneo vos terminabas de llamar que ya estaban en la pieza.

La verdad que eso es una cosa pero… extraordinaria. Acá lógico, acá ellos hacen lo que pueden pero dentro de todo yo acá nooo..., ni de los médicos, ni de las enfermeras, ni de las mucamas me puedo quejar. La atención siempre fue buena, siempre. Eh… [Tose] ya te digo, la primera vez que yo en mi vida caigo internado fue cuando me agarró el infarto. Porque nunca jamás estuve internado por ningún motivo en el hospital, ni en sanatorios. Eso que yo estuve muchos años con obras sociales pero yo no estuve nunca... nunca internado por ningún problema. Gracias a Dios fui siempre una persona sana [Tose] y que este problema lo tuve a raíz del cigarrillo y de los nervios.

E: ¿Y usted tuvo que dejar de fumar a partir de la operación?

U: No, ya cuando me agarró el primer infarto ya dejé. O sea, que yo ahora, hizo tres años que yo dejé el cigarrillo.

E: ¿Y cómo fue eso?

U: Y..., me agarró el infarto de buenas a primeras porque yo había salido de trabajar…

E: Aja

U: Estaba trabajando en un taller de meta… de chapa y pintura … un sábado. Quince, el sábado quince de noviembre del noventa y siete. Mirá como me acuerdo de la fecha. Salí de trabajar a la una de la tarde. A la tarde ya no trabajábamos, o sea, hasta el lunes ya no trabajábamos. Y me voy a casa, me siento a comer con mi señora y después que me acosté un rato a dormir la siesta. Y a la tarde, como a las cuatro y media más o menos, me levanté. Me estaba bañando y me tenía que ir a la casa de un hermano de mi señora que quedó, estee cómo es, a raíz de la presión de la vista quedó ciego y me pidió que le fuera a arreglar la puerta del ropero de la casa porque claro, él no ve. Entonces le digo “bueno, yo vengo, vengo como a la tardecita, como a las seis vengo”, le digo. Era en noviembre y hacía un calor tremendo. “Que baje un poquito el sol y yo vengo”. Bueno, me estaba bañando y pensaba..., mientras yo me bañaba pensaba: “Bueno, ahora me termino de bañar, me pongo el agua a calentar, tomo unos mates y… y después me voy a... a la casa del César a, a arreglarle la puerta del mueble”.

Bueno, me estaba bañando, me estaba secando y cuando me estaba secando sentí el dolor en el pecho, cada vez más fuerte y parece que ya esto… [Nota del

Entrevistador: el entrevistado señala el pecho] parecía que ya se me iba a reventar, parecía que el corazón me quería salir… Y ya me empecé a doler el pecho de este lado, del lado izquierdo y ya se me corría al brazo, ya no podía mover el brazo. Así que tuve que llamar a mi señora que me venga a terminar de secar y a vestirme porque nooo... yo ya no me podía mover. Bueno, me puso un short, me sentó en un sillón afuera en el patio abajo de una enredadera. Me dio una aspirina 0,50 y yo seguía con el dolor cada vez peor, cada vez peor y… Me cargaron... Estaba uno de los nietos que tengo. Trabaja en la línea catorce y en esa época tenía los colectivos viejos todavía. Y estaba en casa él ese día. Descansaba y el coche también descansaba, así que estaban en casa. Dio la casualidad que estaban. Vivía con nosotros él. Me cargaron en el colectivo y me trajeron.

Llego acá y se baja mi señora. Mientras él estacionaba el colectivo, se baja mi señora conmigo y nos fuimos a la guardia. Y me vieron en la guardia y enseguida la enfermera llamó al médico. Me tomaron la presión y mientras el médico me estaba tomando los datos, ya llamaron a un camillero con un sillón de ruedas. Y bueno, me mandan a Clínica Médica. Clínica Media… Médica me toman otra vez la presión, me hacen un electro y me dicen "no –dice- a terapia intensiva urgente" dice. Así que ahí fui a parar. [Carraspea] Y me acuerdo hasta me metieron en la camilla y después ya no me lo acuerdo más.

E: Y cómo le explicó, ¿cómo le explicaron que tenía que dejar de fumar?, ¿cuándo fue eso?

U: No, eso fue... Yo ya ese día, lógico, ese día ya un … perdí el conocimiento. Me desperté al otro día, creo que fue. Eso fue un sábado a la tarde. Creo que el domingo, no sé qué hora serían cuando me desperté porque cuando estás en terapia intensiva no se ve la luz de afuera, todo interno nomás, ahí adentro. De afuera no se ve nada. Y me, me atendió un médico. Vino, cuando vio que yo yaa.., para colmo no me podía mover porque tenía los monitores, estee mangueras, tenía... en los dos brazos tenía de un lado tres frascos de estudio y del otro brazo tenía dos frascos más. Así que tenía cinco frascos. Tenía todos los aparatos para que me controlaran la presión. Que me controlaban el pulso, qué esto, que el otro. Y la máscara de oxígeno. Así que no me podía mover para ningún lado. Estaba ahí tieso. Cuando vieron que yo me había despertado, que me empecé a mover así… que me molestaba la máscara de oxígeno más que nada, eh... laaa, una enfermera vino y… me dijo si me sentía mal. Le digo "no, no, no, -le digo- el oxígeno que… la máscara ya…" Y bueno, me saca la máscara esperó un rato a ver si yo respiraba bien. Sí, respiraba bien y entonces llamó al médico. Llama al médico. Viene el médico, me atiende y me

pregunta si me sentía bien, si me sentía dolorido. Qué es lo que me dolía. No, yo no sentí absolutamente más nada. O sea, que yo, en ese lapso de que estuve inconsciente, eh… los medicamentos que me han dado fueron suficientes para que me fueran los..., para que se me fueran los dolores. Por lo menos yo..., hacía de cuenta que yo no, no había tenido nada. Nada, absolutamente nada. Y bueno, entonces me preguntaron si yo fumaba. Le digo: "Sí, yo hace cuarenta y pico de años que fumo". "¿Mucho?". Y le digo, "un atado por día, veinte cigarrillos". "Y bastante", me dice. Bueno, eh, cuando salí de ahí, vine, me pasaron acá a Clínica Médica a… otra vez, ahoraa noo... ¡ah! la doctora… eh… Catalina… ah… No me voy a acordar el apellido, que ahora no está en este momento, anda por Buenos Aires… El apellido conocido acá en Santa Fe pero ahora no me puedo acordar el apellido. Y bueno, ella me, me atendió casi constantemente desde quee, cuando estuvo internado. Y me dice "bueno, usted –dice- del cigarrillo va a tener que olvidarse". Le digo "sí ya me dí cuenta –le digo- porque por este problema no es [Carraspea] no es, estee, que venga solo", le digo yo. "Un infarto –le digo yo- era sabido que alguna vez tenía que reventar". Y bueno, tal es así que yo ya desde entonces no fumé más.

Después cuando estuve internado eh… allá en la Fundación Favaloro. Allá me vieron, este, me hicieron un electrocardiograma, me hicieron análisis. Me hicieron estudios de todo tipo, incluso un psiquiatra. Y el psiquiatra me pregunta, estee, ¿qué problemas tenía?. Si yo tenía amigos. "Sí tengo conocidos, amigos -le digo-. gente que me lleva muy bien, gente con la que nos llevamos muy bien". Y me dice "estuvooo, ¿está trabajando?" me dice. Le digo, "no" le digo. "Trabajo efectivo no tengo", le digo. Hacía ya dos, dos años, si dos años o tres que no tenía trabajo efectivo. Estaba trabajando ya por changas afuera. Y le comenté que el último trabajo que yo tenía era un taller de chapa y pintura, que estaba haciendo changas. Y me dice "¿en el último trabajo tuvo problemas?". Le digo "sí tuve problemas -le digo- porque cuando me dejaron cesante fue un fin de semana –le digo- de buenas a primeras. Nosotros trabajamos hasta el viernes. Como no teníamos en ese momento trabajo, nos dijeron que el sábado no fuéramos porque el sábado trabajábamos medio día. Que el sábado no fuéramos, que fuéramos el lunes directamente". Bueno, el lunes llovía a baldadas; yo fui a trabajar como todos los días y me encontré con que el taller estaba vacío. [Tose] Ese fin de semana había ido con un camión el patrón, el dueño dell taller. Cargó todo y se fue. ¿A dónde?. No se sabe. La cuestión es que a mí me quedaron debiendo dos quincenas, el aguinaldo, las vacaciones y por ende, la indemnización. A los veinte días recién recibí el telegrama de despido. Empezamos, empecé a hacer averiguaciones, nadie sabía para donde se había ido. Me fui..., tal es

así que yo ni el fondo de desempleo pude cobrar, me correspondía un año por los nueve años que yo estuve ahí trabajando. Y bueno me fui a, a ANSeS[90], me dieron un formulario, lo llené. Me dieron la aprobación de ellos y tenía que llevarle al que era mi patrón. Me fui a la casa del que era mi patrón para que me haga, me llene la otra parte y me encontré con que él había vendido la casa y se fue con toda la familia. No había nadie y no se sabía donde andaba. Así que a raíz de eso yo no pude cobrar el fondo de desempleo tampoco.

E: En el Servicio de Consultorios Externos, ¿asiste sólo al de cardiología o…?

U: Cardiología. De lo único que me están tratando es de Cardiología. Una vez solamente estuve con el doctor Saredo, que me mandó la doctora Perotti. Pero era, la problema, el … Resulta que de buenas a primeras yo por ahí me notaba que me iba caminando y de buenas a primeras me iba para un lado, o para un lado y para el otro. O sea, no mantenía la línea. Yo mismo me daba cuenta que me mareaba un poco pero era problema de uno, de uno de los medicamentos que estaba tomando. Me daba medicamentos que era para dormir, para..., cómo es, calmarme los nervios y tenía que tomar menos de la dosis que me estaba dando. Y tal es así que yo agarré y dejé, por mi cuenta, nomás deje dos días, tres de tomarlo y yo noté que me … eh… era diferente. O sea, que yo me mantenía en línea, me iba caminando derecho, no me mareaba para nada. Y le comenté al doctor Saredo que es neurólogo estee… cuando vine y me dice "sí", dice, porque me hizo hacer varias pruebas ahí, con… levantando el pie, levantando las manos, o sea, mantener el equilibrio y no estaba bien, dice, "no usted está perfectamente bien. Así que tiene que haber sido eso nomás". Después le comenté a la doctora Perotti y me dice "sí, bueno, vamos a bajar la dosis". Bueno, desde entonces…

E: ¿Y cómo fue eso que usted por su cuenta dejó de tomar las…?

U: [Interrumpe] Por las dudas. Porque yo notaba que, que eso no era normal en mí. Yo nunca había tenido ese problema y desde que empecé a tomar esas pastillas, que eran para calmarme los nervios, yo de buenas a primera empecé a notar que, por ahí, me empecé a ir para un lado, me iba para el otro, ¿no? Perdía el equilibrio porque era muy fuerte la pastilla. Y después que me dieron, que me bajaron la dosis y que en lugar de tomar una pastilla por día, tomaba una cada día por medio. O tomaba la mitad de la, de la pastilla todos los días. Y yo ahí sí, iba..., andaba tranquilo y no me mareaba. Andaba por todo lado, incluso podía andar en bicicleta. Que ahora me prohibieron andar en bicicleta por la presión. Yo empiezo a pedalear… O bien tengo

[90] Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS)

que andar en bicicleta a paso de hombre, y para andar en bicicleta a paso de hombre me voy caminando. Así que… . Y eso es lo que hago, caminar. Yo ahora vine caminando por ejemplo de mi casa hasta acá, de Don Bosco hasta acá

E: ¡Uy!…

U: Y ahora me voy caminando otra vez.

E: Unas cuantas cuadras…¿eh?

U: Sí… es una hora. Porque lo que me dijo el doctor "usted tiene que caminar. Por empezar una hora completo –dice- hasta donde llegue. Pero una hora. Y caminar despacio" porque si me apuro también me sube la presión. Entonces, tengo que caminar despacio y tengo que caminar una hora. Y ni siquiera parar a mirar vidrieras tengo que quedarme. Tengo que pasar de largo nomás. Ahora, cuando vuelvo sí, cuando me vuelvo ya voy, más tranquilo eh… voy abriendo la boca entreteniéndome con las vidrieras, una cosa y otra pero… pero como yo las conozco a todos…entonces ya paso de largo.

E: ¿Y por qué razón cambió de la doctora Perotti al otro médico, digamos?

U: Bueno, eso lo que no sé porque eso me derivó ella directamente a Vicario. Parece que la doctora Perotti no se dedica a la cuestión…, cómo es, operaciones. Vicario sí. Entonces por eso tiene que haber sido porque la Perotti mientras me estaba, estee, medicando por el corazón, vamos a decir, por este problema que yo tenía de la presión, y todo eso que subía y me bajaba me iba atendiendo ella. Pero cuando vio que el problema ya tenía que ir para operaciones entonces me dedicó, me derivó a Vicario directamente.

E: Y usted, cuando el médico le informaba o le informó sobre su diagnóstico, o sea, cuando le explicaba en qué consiste la enfermedad ¿usted le entendió claramente cuál era el problema? … ¿ Y cuál era el tratamiento?

U: Sí, sí, sí. Yo de entraba tuve conocimiento de que … de, cómo es, de cuál era el problema… . O sea, yo ya me imaginaba de un principio como era, que ese problema alguna vez lo iba a tener porque he visto en otras personas así que … ningún proble… ningún drama en ese sentido. [Breve Silencio]

D. II.2.c.

E: ¿Actualmente, por qué motivos asiste a los consultorios externos?

U: Y ahora estoy en manos de, del doctor Arias y una doctora por problemas de, de artrosis… . Así viste, que estuve, fui por unos pequeños dolores de brazos y

me hicieron análisis y bueno, estos son los últimos que me hicieron… [Nota del Entrevistador: El entrevistado mientras habla me muestra los análisis] Fecha reciente, del once ¿ves?, diecisiete del once. Y estoy bien. Me han atendido todos los médicos perfectos.

Y… ayer, fui, fui por… a retirar esos análisis y a ver la, eh… eh reumatóloga. Y también voy, ahí, pero no fui ayer no me tocaba, que es el consultorio catorce que es … de donde vos estabas esa oficina, ahí enfrente, que es sangre.

E: Ah, sí Hematología.

U: Que es donde me hacen análisis mensuales para graduarme la cantidad de, que tengo que tomar las pastillas de cintrón, que es un anticoagulante. Que yo creo que eso lo voy a tener que tomar de por vida porque tengo yo una válvula de metal. Mi válvula ortica, es, es de metal. Inclusive me pusieron esa porque es la que más dura, dura veinte años. La otra que me iban a poner que, que es de un animal dura nada más que ocho años. O sea, que me tendrían que volver a operar dentro de ocho años. Entonces, yo, el doctor me dijo "mirá, según tu edad te correspondería una de metal. Pero vas a tener que tomar una, una pastilla diaria y hacerte un service mensual". Yo no entendía nada de un service, parecía un cambio de aceite. Y bueno, viene a ser esto un service. Te miden la anticuagulación de la sangre, la licuaa..., que esté licuada la sangre, más o menos, como para que funcione bien la válvula porque es de metal. Yo llegué a Santa Fe, por ejemplo, con un RIN que no sé lo que es … de diez, que me dicen, dice "no –dice- muy liviano". Me dieron una inyección bucal, por boca yyy... para espesarla a la sangre. Bueno y después van tomando ellos la... Ahora estoy en 1,6, qué sé yo, yo no entiendo nada. La próxima vez voy a preguntar … en qué número tengo que estar. Porque yo salí de Buenos Aires con un RIN de 1,92, llegué acá a Santa Fe tenía 10 y ahora tengo 1, 6.

E: Claro

U: Y me aumentaron la dosis … del cintrón que es el medicamento para esto.

E: Y cómo es eso de preguntar digamos eh… ¿usted entiende lo que le dicen los médicos, las explicaciones?

U: Yo no entiendo nada, pregunto por curiosidad nada más. O sea, ahora yo quisiera saber por qué, porque yo después vengo a acá y leo. Yo tenía tanto de RIN y después me bajaron a tanto de RIN y ahora que tengo menos me aumentan la dosis, me aumentaron la dosis de medicamentos, de pastillas. O sea, yo tomaba tres veces a la semana una cuarta pastilla y ahora tomo cuatro veces por semana cuarta pastillas y tengo menos… ¿vos ves?

E: Sí, claro.

U: Acá me dio menos y, sin embargo, me aumentaron un cuarto más. Yo quisiera saber por qué, nada más. Para saber.

E: Está bien…

U: Quién te dice que se hallan equivocado… [Risas]

E: [Risas] A parte es su cuerpo…

U: Sí…

E: Y con el consultorio digamos de reumatología eh… ¿también tiene que hacer el mismo procedimiento de?

U: [Interrumpe] Me atendió por segunda vez la doctora muy bien. No me preguntes el apellido porque ni idea. Sé que es una doctora que ahora se va de viaje… "me voy a ir de viaje por un tiempo, pero lo van a seguir atendiendo acá". Y bueno, me, ella me, me explicó "yo mucho no lo puedo medicar [Carraspea] no le puedo, no le quiero dar los medicamentos necesarios porque usted está tomando cintrón". O sea, que respetan mucho ese medicamento para la sangre. Debe tener sus … remedios que no se pueden tomar con eso.

E: Como contraindicaciones…

U: Contraindicaciones. Por ejemplo, tengo contraindicado el alcohol, por ejemplo. No puedo tomar alcohol… por los medicamentos.

E: Y usted cómo se maneja con eso, ¿hace caso?… ¿hace caso con…

U: Sí, me cuido. Tal es así que me cuido en las comidas. Por ejemplo me dijo la doctora, me dice "usted toma... –me dice- le hace falta calcio en este momento en los huesos…Usted tiene huesos grandes". Me dice "¿usted toma leche, come yogur?". "No, sinceramente no". Me parece que eso es un lujo para mí, que tal vez es barato pero no lo puedo comprar. "No, no. No tomo leche ni yogur, ni queso, ni como queso". Me dice, "bueno, le voy a dar una pastilla de calcio. Se va… a tomar, se va, se chupan como un caramelo … una por día." Y bueno, me dio unas pastillas de calcio y estoy tomando una por día. No, yo con los medicamentos trato de ser muy estricto. Tengo todo anotado ahí y los tomo.

E: Y ... ¿cómo le explicó la reumatóloga que era lo que usted tenía y cómo le dio el diagnóstico digamos?

U: [Carraspea] [Breve Silencio] Yo no sé si me dio diagnóstico. A mí lo que me dijo que tenía huesos grandes, que ve una cierta descalificación y que los análisis dan

todo bien. “Tómese … ¿toma leche y toma la, la…?, y tómese una pastilla de calcio por día y aparte le voy a dar unas pastillas que tengo acá. ¡Uy! Di tantas hoy que ya no me quedan”. Me dio dos cajitas de siete cada una. Le digo “¿y en farmacia no la puedo retirar”. “No, en farmacia no”, dice. “Esto me la dan los médicos a mí. Los visitadores médicos”. “Bien, tómese esto que esto no le va eh… es un poco de eh… para calmar los dolores”

Nota del entrevistador: El entrevistado mueve el brazo mientras explica “¿Ves? Ahora puedo hacer así, que si no, yo hago así y ya me duele”. Y estuve leyendo es también para la artitis, artritis…

E: ¿Y qué leyó después usted?

U: El prospecto

E: ¡Ah!

U: Ah, yo leo los prospectos

E: Como para enterarse de cómo viene la cosa

U: Sí, sí, las contraindicaciones y todo es… leo todo eso. Sino qué querés que haga [Risas]

E: [Risas]

U: Se me quemó el televisor

E: ¡Uy! ¿Con la tormenta?

U: Anteayer. No sé, que sé yo. Porque acá hay baja tensión, viste.

E: ¡Ah!

U: Igual tengo un aparatito ahí. Si, son las siete y la, la tensión shuff … [Nota del Entrevistador: el entrevistado acompaña el sonido con un movimiento de manos hacia abajo] Se viene abajo. La heladera la desenchufo y después la vuelvo a prender.

E: Volviendo al tema de la reumatóloga, usted entonces no entendió bien que era lo que....

U: Me dice “los análisis están bien –me dice- Tiene huesos grandes usted. Y qué grandes tiene los huesos.” Me lo remarcó, no sé por qué. Tengo huesos grandes, sí, sí, la verdad que sí. Mirá, puro huesos. Mirá que manos… [Nota del Entrevistador: El entrevistado me muestra sus manos]

E: Aja…

U: Estoy medio torcido, de nacimiento. Y mi hijo también. Me dice “necesita calcio”, dice. Y me explicó lo de la leche. “No, no tomo leche” “¿Yogur tampoco?. Bueno le voy a dar unas pastillas para el calcio.” Me parece que como que no me la quisiera dar a las pastillas para el calcio, que preferiría que tome leche o yogur. Consultando con la mujer del porteño este que es enfermera en Buenos Aires. Eh… enfermera particular de una … de María Rosa Fugasó, ¿la ubicas?

E: No.

U: Ubicás el programa de Sofovich, de, del, de la peluquería de Don Mateo.

E: Eh… no [Risas] Bueno, pero… sé digamos…

U: Bueno. Una de las… la guasa sería

E: De la peluquería

U: María Rosa Fugasó eh… trabaja con ella, va quince días está con ella y quince días está con él. Bueno esa señora me dice “cómo podés tomar calcio”. “Bien”, le digo yo “¿Pero no te dan arcadas?” “Hasta ahora no, ahora que me lo dijiste capaz que me agarran arcadas”. Porque yo chupo la pastilla y me gustan. “¡Ah!, ¿chupas la pastilla? Porque yo la tomaba entera”, dice. Capaz que cambiaron de sistema o es otro... que sé yo. Dice, “Tal es así, dice, que yo agarro...”. A ella también le dieron calcio y agarra la cáscara del huevo de la gallina lo amasija y se come una cucharadita de huevo, de la cáscara de huevo. Eso es calcio puro. Mi papá también lo hacía a eso. Pero cuando yo tenía quince años.

Paciente Cardiológico

E: ¿Y Usted cuánto tiempo hace y por qué motivos viene al Servicio de Consultorios Externos del Hospital ?

U: Yo, eh… con el hospital Iturraspe tuve contacto recién [Breve Silencio] creo que para marzo fue. A ver esperate… [Nota del entrevistador: El entrevistado se levanta y busca unos papeles y cuando los trae comienza a leerlos]

El año pasado, creo que fue para marzo más o menos. Éste... [Nota del Entrevistador: El entrevistado enuncia esas palabras mientras observa un papel] No esto es del Cullen, esto es una cosa que yo hice. Me hice una revisación ahí para pedir una jubilación cuando me salga… , y me dieron eso. Esto nada que ver... Y esto [Nota del Entrevistador: El entrevistado expresa esas frases mientras comienza a leer otros papeles] es de Buenos Aires de la Fundación Favaloro que lo logré todo por el Iturraspe, ¿si?

Yo me descompongo, me faltó aire, de madrugada, me llevaron allá al Iturraspe. Me atendieron en Clínica Médica ahí y me dejaron internado de las tres de la mañana por ejemplo, hasta las once de la mañana. Hicimos todos los estudios ahí, todo muy bien [Breve Silencio] [Carraspea] Me atendieron en el primer piso del Iturraspe. Primero me llevaron a ¿Sala de Urgencia es?. Abajo, planta baja y de ahí me derivaron a arriba y me internaron, ¿no cierto?. Media mañana estuve, que me hicieron las radiografías y me hicieron … que ahí salió por qué yo me ahogaba, hacía retención de líquido en los pulmones. Pero me, y me medicaron con … eh… una pastilla para, para orinar, un ¿cómo se llama?, diurético. Bueno, con eso me tuvieron yyy ahí me vio Arias, al otro día. Arias, a mí ya me conocía porque yo hacía muchos años ya me había hecho un estudio con Arias y que me daba [Carraspea] obstrucción en la válvula cardiaca, ya me, ya sabían eso, Arias. Pero una obstrucción que se fue agravando con el tiempo.

Después estuve en Puígari internado [Carraspea] Eso cuando tenía obra social y todo eso, se podía. Después no tuve más obra social y bueno se me había, ya me había dado un soplo, un soplito; me habían detectado por la misma obstrucción de la válvula órtica [Carraspea]. Bueno, ahora cuando se me agrava me mandan ahí al Iturraspe. Ahí, en el Iturraspe me ve Arias y me ve otro médico. Arias no, no estaba al alcance de él, lo que yo tenía. Me derivó a otro doctor, ahí, a otro médico de ahí que se llama… pará… que se dedica a, a destapar… arterias. Yyyy me dice “no, tampoco está a mi alcance esto. Vas a tener que ir directamente a Favaloro a una operación porque…” Primero me, me mandan aaaa, acá el Iturraspe me deriva a hacerme a Rosario, al Centenario un cateterismo; que eso va por arterias y van estudiando todo por adentro y van viendo qué, cuál es el problema real.

Bueno, me encuentran una arteria semi - obstruida [Carraspea] y la válvula de la aorta eh… muy tapada, muy, muy tapada. Entonces, estee, piden a… turno a la Fundación Favaloro… y esperé como cuatro meses hasta que me llegó el turno. Me llaman del Iturraspe que tengo que viajar a Buenos Aires a operarme.

Estoy, llego a la Fundación y … segundo día que estoy allá, que me hicieron todos los análisis, todo esto de nuevo me hicieron… [Nota del Entrevistador: sostiene el entrevistado mientras me muestra su historia clínica que trajo de la Fundación] la historia clínica. Me dice “bueno, pasado mañana” me dice Rodolfo Favaloro porque René ya había fallecido hace unos días, me dice “lo operamos tal día”. “Bueno”. “Véngase a la mañana que lo internamos”. Al otro día a la mañana me internaron y al otro día me operaron.

Estuve ahí dos días creo, tres días habré estado en la Fundación [Carraspea] y después me mandan al hotel que espere tres días más eh… y que vuelva a la Fundación a sacarme los puntos y me mandaron para acá.

D. II.2.d.

E: Bueno, ¿cuánto tiempo hace y por qué motivos vos venís acá, al Servicio de Consultorios Externos del hospital?

U: Hace ya, una semana hace que ando dando vueltas…

E: Aja

U: Porque me dolía la cabeza y qué sé yo. Me mandaron de un lado al otro y ahora de última me hicieron hacer un encefalograma y me dijeron que tenía migraña, que no tenía cura. Tengo que hacer un tratamiento nomás yo.

E: ¿Y hace mucho que venís al hospital?

U: No, la primera vez que tengo un problema así porque vi que era muy serio, por eso. Me dolía mucho la cabeza y no podía, por ahí estaba trabajando y me agarraba, ¿viste?. Y me tiraba a la cama. Entonces, o me tenía que venir del laburo porque no aguantaba el dolor de cabeza. Entonces, me vi tan feo así, dije "me voy al hospital". Pero no, la primera vez que vengo por algo serio.

E: ¿Y cómo es eso que te mandaron de un lado para el otro?

U: Claro yo vine, venía a la guardia. Primero me dijeron que era un virus, que era un virus que yo había agarrado, que tome unas pastillas. Me recetaron las pastillas, las tomé. Pero después de vuelta, de vuelta. Así que volví a venir me las volvieron a decir lo mismo. Y a lo último me mandaron para allá al fondo a … al san… ahí al … con el doctor éste… el Dalceo, Dalcedo… algo así creo…

E: Eh… Saredo…

U: Saredo, Saredo, sí.

E: Que es digamos de neurología…

U: Neurología… aja… neurólogo.

E: ¿Y vos digamos que, que te dijo el médico?

U: Me dijo que tenía migraña [Risas] que no tenía cura pero que tenía que hacer un tratamiento para ver si me calmaba un poco el dolor de cabeza. Nada más.

E: Y… eh… y… cuándo él te informó de lo que tenías que era migraña y demás

¿le entendiste bien?

U: Sí, sí, sí. Me explicó bien. Bien. Sí, me dijo como tenía que tomar las pastillas; me recetó unas pastillas que compro en la farmacia. Y si me dolía nomás la tenía que tomar así que muy fácil es. No, no hay problema por eso.

E: ¿Y cuando vos viniste las primeras veces venías a la guardia?

U: A la guardia, sí.

E: ¿Y cómo fue la atención ahí en la guardia?

U: Ahí… bien, bien, macanudo. Lo que pasa que ahí, por eso es la guardia por si llegás herido o algo pero si llegás con un dolor de cabeza no, no te dan mucha bola que digamos. También te hacen esperar ahí un rato hasta que te llaman. Y ahí te dan las pastillas y te mandan a tu casa [Risas]

E: ¿Y ahí te explicaron?

U: ¿En la guardia?

E: Aja

U: Y sí me explicaron. Bueno, me dijo que, que me tome esas pastillas que era un virus. Nada más. Después sí cuando empecé a venir dos o tres veces seguidas con eso, ya con ese dolor de cabeza me dijo "No, buscate un neurólogo, acá". Así que tuve que venir a hacer estos papeles a acá.

E: Ahora cuando fuiste a la consulta, ¿qué te preguntó?, ¿cómo te explicó?

U: Bien, bien me preguntó si me seguía doliendo la cabeza, todo eso. Le dije que no, que ya no me dolía. Y bueno, él me dijo que tenía esa enfermedad y que no tenía cura pero que la podía calmar. Me dijo que de por vida iba a sufrir dolor de cabeza y bueno pero con esa pastilla, cuando apenas me duela me tengo que tomar una pastilla y entonces se me pasa. Listo.

E: Así que estás contento digamos

U: Sí, dentro de todo, puede haber cosas peores [Risas]

E: [Risas] ¿Y… y estás conforme con la labor del médico?

U: Sí, sí, sí muy bien

E: ¿Te quedó alguna pregunta para hacerle al médico?

U: No, no, no todo. Todo, todo. Le pregunté todo lo que le quería preguntar. Me contestó bien, todo. Macanudo.

E: ¿Qué preguntas les hiciste?

U: Le pregunté por qué y por qué me dolía tanto la cabeza y bueno me hizo estos estudios… [Nota del Entrevistador: el entrevistado habla, mientras me muestra los estudios] No sé, los llevo acá, mirá esto. No sé que dice. Y me dijo que estaba bien, que era lo normal. Pero que tenía esa enfermedad. Nada más.

D. II.2.e.

E: [...] Durante la entrevista vamos a conversar del ... hiv y de tu enfermedad, no quiero que te sientas digamos... mal, no hay problema, ¿eh?

U: No, no, no.

E: ¿En serio?

U: Sí

E: ¿A qué consultorio asistís en el Servicio de Consultorios Externos?

U: Al de la doctora Laura Trosch que es ya… el diecisiete me parece que es y a la doctora Molinas, que está acá nomás… el dos, que es para los chicos.

E: Bueno… ¿Y cuánto tiempo hace que venís a los consultorios externos?

U: Y yo… hace más o menos dos años y medio…

E: ¿Y venís todas las semanas?

U: Sí. Lo extraño si no vengo [Risas]

E: [Risas]

U: Sí, todas las semanas. Un día a la semana

E: Y… eh… cuando el médico te… te informó sobre tu diagnóstico, ¿cómo fue ese momento?, o sea, ¿cómo te explicó?

U: Ah… eso me gustó muchísimo porque fue algo muy privado. Ella eh… me llamaron a parte, eh… me explicó muchísimas cosas, cómo era la enfermedad, cómo se trataba. Y… no me dijo: “Sí mirá te vas a curar” pero me dijo "No, es algo que… que ahora se puede llevar que…". ¿Me entendés? Me explicó todo, todo… Me dijo: “Sí, mirá vos tenés tal y tal problema”. Para mí fue muy… . ¿Me entendés? Como que no entendía lo que me decía, pensaba ésta está loca qué me está diciendo, no puede ser. Pero, bueno, después lo acepté… a parte viniendo más continuamente y verla a la doctora, que la doctora siempre te da aliento. Dice “Mirá, que siempre hay cosas más nuevas, que esto …" Explicándome todo como que ella ya… uno se tranquiliza.

Nota del Entrevistador: Interrupción de la conversación porque el hijo abre la puerta e ingresa a la oficina.

E: Y ella cuando te explicó sobre tu problema de salud, ¿lo hizo en un lugar privado?

U: Sí, sí, sí me llevó a otro consultorio donde ellos dan clase los médicos… y ahí me dijo todo… Viste porque anteriormente yo estuve internada por ese problema, estuve internada, y vino un señor que me trajo a mí que me acompañó acá al hospital y a mí ya no me gustó mucho porque … me acompañó el señor a mí. Está bien era re-conocido mío hacía mucho que lo conozco y… y… resulta que él ya sabía el diagnóstico de lo que yo tenía y yo ni estaba ni enterada, ¿me entendés? Y yo ya hacía una hora que estaba internada… así que no… eso nunca me lo explicaron ni nada… cómo él ya sabía, viste. En tan pocas horas él ya sabía lo que yo tenía y yo ni enterada… eso pasó en el segundo piso allá de ginecología.

E: [Breve Silencio] O sea, como que eso te molestó bastante, digamos

U: Sí, si, si me molestó mucho porque imaginate era un vecino… A lo mejor era un vecino que … qué sé yo muchas veces la gente tiene maldad, porque tiene maldad… me hubiera hundido, vio. Así que no… me pareció mal… Primero me hubieran dicho a mí, preguntarme “Mirá …” es una cosa muy reservada que no lo sabe nadie eso, la doctora y excepto otras personas claro. ¿Me entendés?

E: Claro. ¿Y vos estás segura del tratamiento a seguir digamos… eh… cuando ella te explicó el tratamiento a seguir?

U: Sí, sí… estoy segura porque yo estuve muy mal y empezando a tomar esas pastillas me puso re - bien y a parte yo en varias ocasiones dejé de tomar las pastillas para ver que reacción podía tener y como que me vine a bajo otra vez. Y seguí tomando las pastillas y sigo bien.

E: Y por ahí cuando te explican cuál es tu problema de salud, el diagnóstico o el tratamiento a seguir, ¿entendés digamos cómo es la explicación?

U: Sí, sí siempre entiendo. Ellos me lo dan, me lo anotan en un papel, me lo explican todo ellos. Lo entiendo.

E: Y a nivel hospitalario cómo es la cuestión de conseguir los medicamentos, ¿tuviste alguna vez algún inconveniente?

U: No, no para nada. No… siempre gracias a Dios siempre fue todo bien. Siempre se consiguió todo, siempre me han dado todo.

E: [Breve Silencio] Y a vos siempre te explicaron todo claramente, ¿no? Desde las consecuencias del tratamiento…

U: Sí, si, siempre, siempre. A parte tengo otro… un nenito también que él tiene el mismo problema… siempre. Ves en eso te tratan bien; que cualquier duda que a veces yo tengo, vengo y le comento: "mire doctora usted sabe que tal y tal cosa". Y ella ya enseguida me explica: "mirá no, no es así…" o "Quedate tranquila porque mirá no, no pasa eso". ¿Me entendés?

Cuestionario Profesionales Médicos

A. Institución Sanitaria: Hospital Iturraspe

¿Qué particularidades tiene para usted trabajar, hoy, en un hospital público?

¿Cuándo y en qué área comenzó a trabajar en el hospital?

¿Trabaja solamente en el hospital o también trabaja en otra entidad?

¿Qué diferencia encuentra usted entre la labor hospitalaria y el trabajo una institución privada?

B. Modalidad de Atención del Servicio de Consultorios Externos Centralizados

¿Cómo es un día de trabajo en el Consultorio Externo? (A qué hora viene al hospital – Cuántas consultas atiende por día)

¿El Servicio de Consultorios Externos cuenta con un conjunto explícito de normas de funcionamiento, es decir, un número de reglas que establecen la modalidad de funcionamiento, actividades, normas de trabajo, protocolos, horarios, etc.?

A su criterio, nos podría enunciar las reglas o normas más importantes.

¿Cuál situación o qué circunstancia dentro de la actividad laboral le provoca mayor orgullo o satisfacción?

¿Cuál situación o qué circunstancia dentro de la actividad laboral le produce frustración?

¿Cuál piensa que es el principal problema que el Consejo de Administración o la Dirección Médica debe solucionar en el Servicio de Consultorios Externos Centralizados de manera urgente?

¿Cuál considera que es el principal problema que el Servicio de Consultorios Externos Centralizados debe solucionar?

C. Representaciones de la Imagen del Usuario. Autorepresentaciones

¿Qué particularidades posee el usuario que asiste a ésta institución sanitaria?

¿Cómo lo definiría en comparación al de otras entidades?

¿Cuáles son las características que debe tener un usuario para que usted lo considere un buen paciente o un paciente ideal?

¿Para qué lo formó la facultad?. ¿Cuál es su deber / objetivo cómo médico?

¿Por qué eligió la especialidad en ……?

¿Qué falencias encuentra en cuanto a la formación profesional recibida?

Si pudiera cambiar algo de la enseñanza que se les brinda a los futuros profesionales médicos, ¿qué cuestiones modificaría?

D. Instancia Diagnóstica

¿Cuáles son las preguntas de rigor en una consulta?

¿ Podría describir una consulta?

Frente a una paciente con un caso problemático, con un cuadro difícil de diagnosticar. ¿Qué hace?, ¿Cuáles son los pasos a seguir?.

Cuestionario Usuarios / Pacientes

A. Institución Sanitaria: Hospital Iturraspe

¿Por qué motivos elige al hospital público?

Si pudiera optar por cualquier sanatorio o institución sanitaria en Santa Fe, ¿usted seguiría eligiendo al hospital público? ¿Por qué?

B. Modalidad de Atención del Servicio de Consultorios Externos Centralizados

Cuénteme como es una mañana en el Servicio de Consultorios Externos: desde que sale de su casa hasta que la atiende el médico.

Para acceder a la consulta, primero hay que pedir el turno: ¿cómo es realizar ese trámite?

¿Cuál situación o qué circunstancia dentro de la atención en el Servicio de Consultorios Externos Centralizados cambiaría o modificaría para que funcione mejor?

¿Qué actividades o tareas funcionan correctamente dentro del Servicio de Consultorios Externos Centralizados? Es decir, ¿qué cosas no cambiaría?

C. Representaciones de la Imagen del Médico. Autorepresentaciones

¿Cuáles son las características que debe tener un profesional para que usted lo considere un buen médico?

¿Está conforme con la labor de su médico de cabecera? ¿Le parece adecuado el tratamiento que le recomienda?

Cambiando de tema: ¿cómo es un día así de su vida?, ¿trabaja?, ¿cómo está compuesta su familia?

D. Instancia Diagnóstica

¿Cuánto tiempo hace y por qué motivos asiste al hospital como paciente en el Servicio de Consultorios Externos Centralizados?

Actualmente, ¿cuántas veces por semana concurre al Servicio de Consultorios Externos Centralizados?

Cuando el médico le informa sobre su diagnóstico, es decir, cuando le explica en qué consiste su problema de salud: ¿usted entiende claramente cuál es el diagnóstico?, ¿ y comprende cuándo le detalla el tratamiento a seguir?

En este sentido, ¿qué le dijo el médico?, ¿Cuénteme cómo él explicó en qué consistía su enfermedad?

¿Cuál es su opinión sobre la atención recibida?

7. Otros Anexos

7.1. Otros Anexos a: Organigrama del Servicio de Consultorios Externos Centralizados.

Referencias:

a. Clínica Quirúrgica Mixta

1. Urología
2. Ortopedia y Traumatología
3. Cirugía General
4. Cirugía Plástica
5. Oftalmología
6. Otorrinolaringología

b. Obstetricia

7. Embarazo Alto Riesgo
8. Embarazo Adolescente
9. Obstetricia General

c. Ginecología

10. Climaterio
11. Esterilidad
12. Patología Mamaria
13. Ginecología Infanto Juvenil
14. Ginecología General
15. Oncología Pelviana

d. Clínica Médica Mixta

16. Clínica General
17. Cardiología
18. Infectología
19. Reumatología
20. Neurología

21. Alergia
22. Dermatología
23. Endocrinología y Nutrición
24. Hematología
25. Salud Mental
26. Oncología Clínica

e. Pediatría

27. Crecimiento, Desarrollo y Nutrición Pediátrica
28. Gastroenterología Infantil
29. Neumonología Infantil
30. Pediatría
31. Pediatría Guardia Residentes
32. Pediatría Post Alta

33. Guardia Central

Referencias Gráficas:

I- Consejo de Administración

II- Asesoría Jurídica Contable

III- Cooperadora

IV- Director

a- Servicio de Consultorios Externos Centralizados

b- Servicio de Clínica Quirúrgica

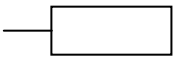
c- Servicio de Obstetricia

d- Servicio de Ginecología

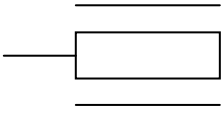
e- Servicio de Clínica Médica

f- Servicio de Pediatría

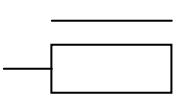
・Secciones Centralizadas:



・Secciones Descentralizadas:



・Secciones con autonomía relativa:



7.2. Otros Anexos b: Organización Espacial del Servicio de Consultorios Externos Centralizados.

Referencias:

I. Obras Sociales

II. Servicio de Estadística

III. Ventanillas (Servicio de Estadística)

IV. Servicio Social

V. Asociación Cooperadora

VI. Baños

VII. Baños pertenecientes al Personal

VIII. Escaleras de acceso a otros pisos del establecimiento

IX. Sala de Espera

X. Secretaría de la Sala de Rayos

XI. Librería

XII. Secretaría del Servicio de Consultorios Externos Centralizados

XIII. Consultorio del Jefe del Servicio de Consultorios Externos Centralizados

XIV. Sala de Enfermeras (cocina)

XV. PROFE

XVI. Sala de Espera

XVII. Consultorios (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16)

XVIII. Patio

↓ ↑ Aberturas que posibilitan el ingreso y egreso (Acceso Irrestricto)

| Aberturas que posibilitan el ingreso y egreso (Acceso Restringido)

● Bancos, asientos ubicados en las diferentes salas de espera.

- - - - Delimitación entre consultorios

7.3. Otros Anexos c: Entrevista a la Jefa del Personal no médico del Servicio de C. E. C.

P: ¿Cuántos años hace que está trabajando en el hospital?

R: Veintitrés

P:¿Y qué está trabajando acá en el Servicio de Consultorios Externos Centralizados?

R: Seis

P: Y usted en este Servicio ingresó como jefa o...

R: Yo ingresé al hospital por un concurso y gané una jefatura. Estaba como jefa de urología, como cerraron el servicio me pidieron que si podía cubrir acá. Que...

P: [Interrumpe] ¿Y cómo es trabajar acá en el Servicio de Consultorios Externos?

R: Bueno, es agobiador, bastante cansador, te diré. Trabajar para el público y con los profesionales, con las distintas especialidades es terrorífico, que un servicio. El paciente es otra cosa en el servicio. La atención que... de prestarle, el que está solito, el que está operado, el que vos te tenés que sentar a charlar porque siempre te va a contar algunos de sus problemas. Acá no. Esto es como un comercio. Yo que nunca hubiese trabajado de empleada de comercio, viste.

P: ¿Y por qué dice que esto es como un comercio?

R: Y un comercio en el sentido de la relación público- personal [Breve Silencio] Está el que te exige una cosa, a un precio y no está ese precio. Acá te exige que si él vino a las siete de la mañana lo tiene que atender el médico y el se anotó a las siete pero el médico ese... que él médico que él pretende que lo atienda a las siete tiene otras funciones, en una sala, pase de sala, evolución de paciente en historia clínica. Cuando se desocupa baja a consultorio. Entonces tiene que pelearla a la gente cuando dice: “me hacen esperar”. En la parte privada es igual. Un consultorio externo es igual pagués o no pagués. Tenés que esperarlo al médico. [Breve Silencio]

Entonces, a veces te dicen piropos, no lindos...

P: [Risas] ¿Recuerda alguno?

R: Nooo, no … mejor no decirlo.

P: ¿Y usted trabaja solamente en el hospital o también trabaja en otra entidad?

R: No, no, no…en el hospital. Únicamente acá.

P: ¿Y cuántas horas diarias trabaja?

R: Ocho. Son cuarenta horas semanales.

P: ¿Y qué part… particularidades tiene hoy trabajar en un hospital público que lo diferencia de otra institución?

R: [Silencio] No sé porque nunca trabajé en la parte privada. Yo de docente, hice la carrera y pasé acá. Porque creía que como docente me iban a comer los piojos, ¿no cierto? Que siempre fueron mal pagados y acá me comen las cucarachas. Es lo mismo.

P: [Risas]

R: Son más grandes los bichos, nada más...

P: ¿Y usted eh... cómo es un día de trabajo acá en el Servicio de Consultorios Externos?

R: Aparte de la rutina porque es una rutina…

P: [Interrumpe] Cómo…

R: [Interrumpe] Yo vengo muy temprano. Eh…voy evaluando qué es lo que falta, qué es lo que no falta en los consultorios, voy reponiendo el material que falta cosa que cuando ya vengan las chicas… porque no tengo todos los consultorios cubiertos. Son muy pocos los que tienen personal de enfermería. Entonces, la mayoría son los que están descubiertos y esos hay que equiparlos porque el médico cuando venga a trabajar que tenga todo. Todo en orden...

P: Y todo en orden que sería, digamos...

R: Material que no le falte, ¿no cierto? El que tiene curaciones… Que no le falte para revisar material estéril, descartable… que, que tengan sus recetarios porque a veces no hay, nosotros conseguimos, de donde podemos pedimos papeles para hacer recetarios… Ves nosotros a esto [la entrevistada agarra un papel impreso de un solo lado] Estee lo doblamos, lo recortamos y sacamos unos cuantos recetarios. Una lástima todos los que tiraron del ANSeS allá en Buenos Aires, nos hacía falta esos papeles de computadora.

P: ¿Usted recicla todo acá?

R: Acá reciclamos… después llegan los visitadores médicos. Si el médico lo va a recibir si no lo va a recibir. Si el médico vino a su horario, si no vino. Si pidió licencia

y en la parte de Estadística no se enteraron. Y le anotaron para ver quién lo va a cubrir a ese que no está. No, es un problema. Llamar al médico: "Tu horario de atención son a … a las once. Son las once y no bajaste ¿que te pasa?". Son muchas cosas. Yo creo que más que física es mental la cosa. En cambio, en el servicio vos sabés que el paciente en la sala quirúrgica… vos tenés el paciente que sabés que si no tenés residencia, médico residente, tenés que encargar con tu personal de hacer las curaciones, ¿no cierto? Hacerle un… los controles de análisis, que el paciente esté cómodo. Es más humano. Acá ya te digo vos entrás, "quiero un par de zapatos". No te gusta y te vas a otro lado. Es un comercio. Es así. Te dice: "no, lo que usted me mostró no me gusta". Estás mal, tenés esa desventaja acá.

P: Y para usted digamos el paciente que viene al Servicio de Consultorios Externos, ¿qué características tiene?

R: No… ¿si es cultural?

P: ¿Eh?

R: [Interrumpe] Si… de acuerdo a cierta cultura que tenga la persona, la educación. Hay de todo. Vos ves que viene la gente y no sabe como comportarse. Vos fijate que recién vienen las chicas y dicen: "a mi me da vergüenza decirle de nuevo". Viste ese, ese mostrador que tiene allí adelante, donde está el micrófono, no es para sentarse porque eso se corre porque está apenas apoyado. Después nosotros para conseguir que lo muevan a su lugar tenés que pedir audiencia a la gente de carpintería, pasan meses corridos. Entonces corrés el riesgo de… que se te caiga encima. Entonces si vos le decís a la gente: "eso no es para apoyarse". Te miran mal. Viene otra como hoy, su marido, novio, amante, no sé lo que era se instala y pesa por lo menos cien kilos la mujer. Eso no es para sentarse, en tu casa vos no… o estás acostumbrada a sentarte en la mesa de comer, no sé… no en la silla.

La culpa no es mía ya sabe el hospital que no hay cantidad suficiente porque la demanda es muy grande. Antes no era así, había días picos en los cuales aumentaba la demanda que eran los martes con segundo turno de consultorio y jueves. Ahora son todos los días iguales. Vos le avisás: "se rompió un banco". Lo mandan a arreglar. A lo mejor lo tiene tres meses. U otro servicio porque la paciente de ellos también tienen que esperar sentados, a la tarde o a la noche cuando no hay nadie se llevan los bancos. Vos no podés estar todos los días buscando un banco. Y eso es de mantenimiento. Para eso cada uno está en su función.

Esa gente no tiene banco y se sienta arriba, llegás a ir vos y se te sienta arriba en la cabeza. Por eso te digo que el nivel cultural de la gente, tenés mucho, muy

variado. Hay quien te dice: "hay disculpe no me di cuenta", pero hay otros que te miran como diciendo: "vení a pararte vos acá". Sí… vienen de todo. Ahora que cubre con obra social también, la gente que va a la parte privada se atiende acá. Son muchas las obras sociales que cubre el hospital. Me parece bien que la gente venga pero desde que se inventó la computadora es difícil mentir. Porque vos vení a hacerte a atender y decís: "no tengo obra social". Cuando te toman el número de documento salta que pertenecés a tal obra social. Y no le cuesta nada al paciente. Vos lo único que tenés que decir es: “soy de tal obra social”. "Muy bien" Te dan una planilla y vos tenés que comprar la orden de atención. Te registran en la planilla de atención del día del médico. Esa planilla pasa a obra social y a vos no te costó nada. Sólo un papelito. Pero eso la gente no lo entiende. No le da la mente para entender lo que…

[Interrupción: Ingresa una enfermera a la oficina]

R: ¿Qué más?

P: ¿Y cómo es el procedimiento para acceder a la consulta?, ¿el paciente primero tiene que pedir el número por la ventanilla y después venir, pasar por acá?

R: Normalmente tiene que pasar por oficina de inscripción el paciente. O sea, se anota…

[Interrupción: Ingresa un profesional médico a la oficina]

R: Mirá el paciente viene y se para en las ventanillas donde están las distintas especialidades, ¿no cierto? Que va de la uno a la siete. En cada ventanilla dice que se anota para tal… tal especialista… Hace la cola correspondiente. La chica abre planilla y empieza: "¿usted para qué necesita?". Todos los datos, número de documento, eh… edad, domicilio, todo, todo. Todos los datos del paciente. Cuando empiezan a llegar los médicos, van las chicas y buscan las planillas. Llaman, si está la planilla completa que son quince por planilla. Llaman una parte… de los pacientes. Porque un consultorio está al lado del otro, la gente no lo entiende a eso a veces… "Pero a mí no me llamó y yo me anoté", "porque después lo van a llamar”. Porque las chicas dicen, llaman "fulano, mengano, sultano y para tal consultorio del doctor fulano de tal". "Los demás van a ser llamados después" - dicen. Pero no te hacen caso: "pero a mí no me llamó y yo estoy ahí". [Nota del Entrevistador: la entrevistada realiza un ademán con la mano – señalando con el dedo índice un papel] Eso es lo que te gasta, viste, "pero si recién le dijeron que después lo van a llamar a los que faltan".

P:¿El trato con la gente es lo más complicado?

R: Sí porque la gente cree que tienen que sí o sí. Yo sé que vienen enfermos y

está el rutinario que viene todos los días por cualquier cosa… y entonces, lo, lo más lógico es que acepten lo que, las indicaciones porque a las chicas no los atienden mal. Pero a veces tenés que venir: "señor si a usted le dijeron tal cosa". Pero a veces se enojan. No es fácil, no es fácil el trato con la gente todo el día.

P: Claro

R: Aunque hallas estudiado viste un curso de relaciones públicas. Hay días que te dan ganas de decir… si en ese momento tenés una ametralladora bajarlos a todos, porque no, no merece que te basureen, como te basurean a veces. Hay oportunidades que son así. Pero depende ¿eh? hay gente que te… Yo, me preguntan una cosa. Bueno. Le explicás. Después te dicen: "¿Ah, le puedo preguntar otra cosa?" Entonces yo: "Ah no tiene otro precio porque ya son dos preguntas" Y se ríen. Y bueno. Y a veces lo tenés que tomar así porque sino, te volvés loca.

P: ¿Y cuál situación o qué circunstancia dentro de su actividad laboral le produce mayor orgullo o satisfacción?

R: [Breve Silencio] Que el paciente sea atendido. Porque si un paciente llega de afuera, de lejos y no llega con el tiempo suficiente a lo mejor para inscribirse en el consultorio. Entonces, los médicos bueno, a veces, a alguien que se niega: “Escuchame… (por ejemplo el traumatólogo) vos que sos un flaquito, un canosito interesante no me harías un pequeño favor”. “Ah viene el mangazo”, dice, dicen así. “Sí, mirá vino de lejos a lo mejor no tiene plata para volver otra vez, por favor atendelo”. Le están haciendo un favor al paciente. El paciente ni sabe el verso que le estás haciendo al médico. Pero bueno… Es una satisfacción que se vaya atendido y la más grande que se pueda ir ya medicado el paciente, que a veces es lo que falta. Entonces… uno pone la cara para todo. El paciente que viene con un dolor muscular es reumatológico, traumatológico no se puede ir sin un calmante porque viene porque le duele. No es como el que tiene un problema de vesícula. No... El paciente o si se dobló o se hizo un esguince o la famosa mujeres que hacemos las tendiditis de torcer el trapo de piso, de torcer la ropa.

Bueno... Viene con dolor. Son especialidades que viene el paciente porque le duele, no viene para ver cómo están los huesos en la radiografía. Viene porque le duele. Y la satisfacción es que hasta ahora en lo poco que llevo en el consultorio… A parte que te peleás con la farmacéutica porque dice que “es una farmacia paralela”, le dije "no, la farmacia paralela no y si usted me denuncia yo muda no soy. Puedo hablarlo a la prensa a cualquier parte, donde sea al ministerio que el paciente se vaya con la medicación".

Entonces le dije: "usted hágala la denuncia, y vamos a ver… yo no me voy a quedar callada". Entonces... yo llamé a laboratorio, al laboratorio que trae medicamentos para entregar a los pacientes y no la depositan en farmacia. Entonces llamé al director de ese laboratorio y le dije "usted venga y hable, yo a usted no lo conocía". El pedido que se hizo de medicamentos se hizo por intermedio del señor fulano de tal que es el visitador de ustedes. Ustedes me están dando una mano para la gente, no para mí. Entonces, es lógico que se pongan en contacto con la farmacéutica porque sino te dice: “acá se está haciendo una farmacia paralela”. Entonces, ellos vinieron y la propuesta de ellos era que lo pidan con el nombre comercial con el que lo largan al medicamento. Y ella dijo: “No, yo lo pido con el nombre de la droga”. El medicamento es un diplofenás, eh... un antinflamatorio. Ella lo quería, que la receta a ella le lleguen diplofenás y ella entregarlo. Y ellos dicen: “no yo quiero que lo den como oxa 65, oxadistem, osagesic” y ella: “Ella receta las recetas, yo no. "A bueno, entonces no hay ningún problema, nosotros a usted no se lo entregamos y se lo entregamos a consultorio". Y ahí, ya no pudo decir nada. Y en más de una oportunidad ella necesitó también. “Hay Raquel -le digo- si yo no tuviera la farmacia paralela, acá”. Y ella me dice: “A sí tiene razón”. “Ha visto”, le digo. Estamos todos en el mismo equipo. Yo no quiero para venderlo. Es más problema porque yo tengo que pedirle al médico que si te hiciste atenderte te dio diez, veinte comprimidos pero a mí el médico me tiene que dar una receta donde dice tu nombre y que te dio los veinte comprimidos. Esa receta se la entrega al visitador, que él la lleva al laboratorio. Es más trabajo.

A mí no me beneficia en nada. Yo prefiero que lo entreguen en la farmacia para eso está el personal de farmacia porque no es eso sólo que tengo. Tengo el centro de alergia, tengo Otorrino, centro de alergia llega hasta por allá. Otorrino está ahí atrás y tengo dermatología que está en calle Paraguay. Tengo a medio hospital. No es fácil.

P: Y en trato con el médico…

R: No, es… es bueno. El doctor Nepote… él es el jefe de consultorios. Estee... nos apoyamos mutuamente. Porque hay, por ejemplo, un cirujano que tenía la mala costumbre de no venir los días que estaba. Entonces, yo le comenté a él, dos oportunidades lo cubrió él. Dijo: “bueno basta, hacé lo que quieras”. “Lo borro”. Entonces, dice: “che... fui (entre ellos) escuchame fui a consultorio y no figuro más yo”. “Ah, arreglate con Nora”, le dijo el doctor.

Entonces yo le dije: “yo querido tengo la obligación de saber si vos venís o no porque yo me debo a la gente. La gente me pregunta, digo: “ya va a venir el doctor” y

vos no viniste". "Sí pero usted me dijo que iba a venir", te dicen. Y si es verdad porque yo creía que venías. Entonces, yo esos papelones no los paso. Dice: "Pero escuchame no figuro más". "No y no sé cuando te voy a dar consultorio".

Es un gran apoyo por parte del jefe porque son colegas entre ellos. Con decir, "No, vos vení cuando quieras". No. "Y ... consultorio arreglate, si ella te dice que no, es no". Lo hicimos rogar dos meses seguidos. Dice bueno, dice: "¿me vas a dar?" Dice: "dame los martes". "No, los miércoles", le digo. Escuchá: "sí o no. Los miércoles, los martes me dijiste que venías y no viniste. Haber los miércoles que yo no tengo cirujano". "Bueno".

Y viene... entonces pasa [risas] y entonces dice: "quien es el primer doctor que viene mañana miércoles". "No seas chanta que después no venís". "No, no, no". Y hasta ahora se está portando bien, pero lo tuve que borrar.

Y aunque se le quejen al Director, hay un jefe de por medio. Y si... la relación es a veces... y sí hay chicos que dicen: "yo quiero un consultorio". "No, momentito. Primero los de planta, después vienen los residentes".

El residente tiene que venir después de las diez. Que bueno, hoy sobra consultorios dicen: "me quiero ir temprano". Bueno, "esperá ya vamos a pedir tu planilla, si tenés pacientes, vení ya porque ya tenés uno libre". "Bueno listo". Uno le hace una gauchada pero es obligación que la residencia venga después de las diez... Porque consultorio hay hasta las tres, a veces hasta las cuatro de la tarde. No de todas las especialidades pero de obstetricia porque tenemos ahora un área de cobertura. El área programática se nos amplió con los que cubrían Hospital de Niños. Los centros asistenciales del Hospital de Niños depende acá de nosotros. Consultorio que trabaja muchísimo, obstetricia.

P: ¿Y cuál situación o qué circunstancia dentro de su actividad laboral le produce frustración o no le gusta?

R: Y no me gusta lo que yo te comentaba. Distinto es manejar el paciente, el operado, el viejito que esta solito que enfrentarte con el público. Es una situación que la superás, lógicamente porque estás para todo. Está el que está sano y el enfermo directamente. Pero se supera, se supera.

P: ¿Y por qué habla de enfrentamiento?

R: Es que es todos los días esto, todos los días... Pero se te hace una rutina y ya te acostumbrás a que vos le vas a discutir que el doctor te dijo que iba a venir a las ocho y vas a decir: "Pero no señora, el doctor viene a las diez y media, viene a las

diez". Te enfrentás todos los días, todos los días el mismo baile...

P: Claro…

R: Ya llega un momento que te reís. "¿Doctor fulano no vino?" Estaba la gente en el pasillo, esperando cada uno en su consultorio. "No, no vino. Me parece que entró a cirugía". "¿Lo operaron?", me dice una de las chicas. "Sí porque se puso un saco chico, [risas] ayer, yo lo ví, que el saco le quedaba chico" y la gente se puso a reír. "Es terrible usted" me dice. Y qué vas a hacer, hacer un chiste, qué vas a hacer...

No, tenés que saber sobrellevarlo a esto, que concentrarte. Hay momentos que tendrías que decirle: " pero porque no se va…" "Bueno, señora, pero no se enoje señora. Se va a hacer vieja, usted", le digo. No, no, no lo superás, lo superás. Es cansador, es... te digo yo los problemas gracias a Dios no los tengo, problemas en la casa te digo. Pero si yo los tuviera los dejaría en la escalera. Pero cuando me voy de acá los dejo antes de bajar la escalera. Cada cosa en su lugar, porque sino no llegas a viejo. [risas] Claro, acá llevo veintitrés años porque yo estaba, trabajaba en el Hospital de Niños de Rosario. En el Videla de Rosario, me gustaba más los niños. Y pasé de una punta a la otra. Porque cuando viene a acá fui a Urología y trabajé de Pediatría a Geriatría. Un paciente urológico es un prostático. Las insuficiencias renales son las menos, los problemas de testículos en los chicos jóvenes son los menos... las viejitas que se hacen pi, pi. De una punta a otra...

P: ¿Y cuál trabajo le gusta más?

R: [Interrumpe] El paciente de internación, siempre, niño o grande pero de internación.

P: ¿Por qué?

R: Porque como te explicaba hoy, estás más en contacto con el paciente, con el sufrimiento del paciente. Sabés que vos te vas a jugar el todo por el todo, porque si está dolorido. ¿Por qué está dolorido?, buscarle la causa. Si... el médico que está en ese momento llamar a rayos, si tiene un dolor precordial vamos a hacerle una placa, llamar a cardiología a ver si lo pueden evaluar con la placa de tórax al paciente. Estás más dedicado al ser humano, más directo es. En cambio acá, dentro de todo hay algunos que pobrecitos están mal, o vienen los amputados, los diabéticos vienen al hospital. Pero son los menos esos, pero corrés más en… en hacerla.

P: Y si usted pudiera cambiar algo del Servicio de Consultorios Externos, ¿qué cosas cambiaría?

R: Que no puede ser de medio día. Porque ha llegado tal, tal la falencia que no

se puede... en los sanatorios los médicos que... hay profesionales. La oferta tendría que, viste, que se da entre la oferta y la demanda. Aumentó la demanda entonces la oferta tendría que ser mayor, el personal médico que atienda... Porque a veces se dan pocos turnos. Hay especialidades como Cardiología que no podés dar quince turnos. Máximo de ocho. Cada paciente lleva su tiempo. No es lo mismo tomarle la presión arterial a un paciente urológico, vamos a ponerle que es el más conocido, "¿qué le duele?". "Y me duela acá y cuando... me orino me arde mucho". Bueno, entonces qué hace. Pedir análisis, cultivo de orina y una ecografía renovesical. Pero el paciente cardiológico lo tenés que evaluar, averiguar que alimentación tiene o si toma, eh… si se controla o no se controla, hacerle control de tensión, hacerle un electrocardiograma, una placa de tórax, evaluar la placa y de acuerdo a eso ver cuál es su falencia en el aparato cardiovascular. Te lleva más tiempo, o sea hay especialidades que tendría que ser doble turno el consultorio porque son muy pocos, se levantan a las tres o a las cuatro de la mañana la gente, para venir... no consiguen, no consiguen... Entonces, te da pena porque… "Escuchame, vamos a hacer un esfuercito, vamos a decirle que para mañana no tiene colectivo", qué sé yo...

[Interrupción de una enfermera]

R: Otro ejemplo. El jefe, los lunes a veces a las siete y media le dan el turno de cirugía. Una cirugía se te complica y a veces, son las diez, las once cuando él se desocupa. Entonces decís, bueno, "no estás vos, andá vos".

Estee... ¿qué más?

P: ¿Cuál piensa qué es el principal problema que el Consejo de Administración debe solucionar dentro del Servicio de Consultorios Externos?

R: [Breve Silencio] No hacerlo hospital de mediodía. Si yo pudiera hacer una extensión horaria de médicos. Claro que tendrían que pagarlos lógicamente por lo que gana el médico, por cuatrocientos pesos un médico se va. Te viene a saludar y sale corriendo para otro lado. Ehh... que están mal pagados los profesionales, sí. A lo mejor el profesional se dedica a full time si tiene un buen sueldo. Le gusta el hospital al médico porque lo que aprende en un hospital no lo aprende en un sanatorio. El médico si estuviera bien pagado. Pero eso tendría que ser una gestión a nivel, no sé si es de consejo, a nivel de Ministerio de Salud porque yo supongo que el ministro tiene que ser un médico. Entonces, tiene que saber. Ahora si no conoce, como el nuevo Ministro que tenemos, el trabajo en los hospitales porque él creo que más de un SAMCo no hizo. Eh... un SAMCo es un centro asistencial más grande, nada más. No es un

hospital.

Y que en los hospitales por ejemplo, en este pelear… el Consejo ahí tendría que pelear porque el Servicio de Urología que cerró… no por mí, yo peleo porque hace falta un servicio. No es lo mismo internar dos pacientes donde vos tenés un paciente, operar un paciente prostático y mandarlo con sonda porque el paciente te puede hacer una hemorragia, un bloqueo de vejiga en la casa ¿por qué?, porque no se puede tener tanto tiempo internado. Pero no le podés prestar tanta atención. A lo mejor de treinta, cuarenta pacientes urológicos que tenía, podés internar dos.

P: Claro…

R: Servicio de otorrrino que tenía internación, tenía quirófano todo a parte. Completar el, eso tendría que pelear el Consejo. Hablar con la gente que está con los arquitectos que están en edificios públicos, en la parte de edificios públicos que ya hace más de dos meses que se presentaron a hacer las distintas reformas, que según el gobernador llevaría dos meses para hacer las cosas porque estaban los fondos. Ya pasaron los dos meses y no se puso ni una cucharada de mezcla en ningún lado. Un servicio de cirugía como el del hospital Iturraspe trabaja no menos de cincuenta y seis camas, tiene una dotación de cincuenta y seis camas que se redujo a treinta. No es lo mismo. Es muy grande la demanda. Eso no lo ven las autoridades.

P: Y con respecto al Servicio de Estadística, para la inscripción de turnos. ¿Cómo eh... se desenvuelven, cómo es la relación con ustedes?

R: Y… ellos dicen que tienen falta de personal, para mí estadística tiene que tener un personal que reparta las planillas a los distintos servicios. A Alergia que tiene consultorio, Otorrino que tiene consultorio, en piel porque no hay personal de secretaría en consultorios. Entonces las chicas dicen “vamos” o voy yo a buscarles las planillas. Es buena voluntad. Trabajo en salud es trabajo en equipo y a veces ellas se enojan y dicen: “Sí, pero yo no voy a venir a las cinco de la mañana. Decile al médico que espere”. Entonces yo creo que faltaría algo, alguna neurona más que haga signasis se puedan conectar mejor y trabajar mejor porque si yo tengo tantas ventanillas, con tantas especialidades y sé los horarios de los médicos yo no puedo anotar a las siete de la mañana a un paciente para el médico que viene a las diez y el médico que vino a las siete y media está media hora sentado esperando. Es un desgaste para el médico y para la gente que, el personal que está dentro del consultorio que le dice: “doctor no tengo las planillas”, “si me la va a buscar”. La va a buscar y… “pero escuchame no me molestés”. Claro.

Esa coordinación que no se puede... yo hace años que estoy acá y quiero decir

que salud, no es... “yo soy de estadística”, que salud es un trabajo en equipo. No “yo soy enfermera”, “yo soy mucama”, es un trabajo en equipo. Así fuimos moderando un poquito al médico porque “yo soy doctor”. “No, en las películas”. Vos trabajas acá, vos me dejás un paciente en estas condiciones y yo me hago responsable en las horas que vos no estás. Entonces vamos a trabajar bien, las cosas se hacen bien, me indicás bien las cosas, donde te ubico por si lo necesito. El trabajo en salud es en equipo...

Yo cuando me vine acá venía de trabajar en equipo como fue, porque yo hice enfermería universitaria cuatro años acá, dos años y medio hice la licenciatura en la universidad de Córdoba, en la facultad de Medicina de Córdoba, en el subsuelo la escuela. Y allá, se trabaja en equipo. Todos trabajamos. Y el médico corre y yo corro y trabajo en equipo. Cada uno en sus funciones. La auxiliar en su función, la enfermera profesional en su función, la mucama en su función. Pero, cuando había que correr corremos todos.

P: Bueno, Nora muchas gracias...

R: Bueno querida...

8. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

● Alberti, Blas Manuel; Méndez, María Laura; Santore, Marta; Trosman, Nora (1985) *Antropología. Lecciones introductorias I y II*. Buenos Aires: Ediciones Macchi.

● Bourdieu, Pierre (1986) *Cosas dichas*, Buenos Aires: Gedisa.

● _ (1990) *Sociología y cultura*, Méjico: Grijalbo.

● Borges, Jorge Luis (1960) *El idioma analítico de John Wilkins*, Otras inquisiciones, Buenos Aires: Emecé.

● Buenfil Burgos, Rosa N. (1994) *Cardenismo: argumentación y antagonismo en educación.* México: Centro de Investigación y Estudios Avanzados del I.P.N.

● Castoriadis, Cornelius (1989) *La institución imaginaria de la sociedad*, Barcelona: Tusquets.

● Dal Masetto, Antonio (1997) *Demasiado cerca desaparece*. Buenos Aires: Planeta.

● Dos Santos, Estela (1965) *Gutural y otros sonidos*, Buenos Aires: Sudamericana.

● Dostoyevski, Fedor (1866) *Crimen y Castigo*. Barcelona: Juventud (1997)

● Eco, Humberto (1977) *Cómo se hace una tesis*, Barcelona: Gedisa

● Engelhardt, Tristram (1995) *Los Fundamentos de la Bioética*, Buenos Aires: Paidós Ibérica S.A.

● Evans, Dylan (1996) *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Piadós. (1997)

● Fichas y apuntes de la cátedra: “Psicología educativa y del aprendizaje”. Módulo: Psicoanálisis. Materia de la carrera Licenciatura en Comunicación Social. Facultad Ciencias de la Educación. UNER.

● Fernández, Macedonio (1943) “Tres cocineros y un huevo frito”. En *Obras Completas*. Tomo VII: Relato. Cuentos, Poemas y Misceláneas. Buenos Aires: Corregidor. (1987)

● Foucault, Michel (1964) *Historia de la locura en la época clásica*, Tomo I y II. Santafé de Bogota: Fondo de Cultura Económica. (1993)

● _ (1966) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México: Siglo Veintiuno editores. (1993)

● _ (1970) *El orden del discurso*, Clase magistral de inauguración de la cátedra de “Sistemas de Pensamiento” en el College de France el 2 de diciembre de 1970. Barcelona: Tusquets Editores. (1973)

● _ (1971) “Nietzsche, la genealogía, la historia” en *Microfísica del Poder*; integra la colección Genealogía del Poder dirigida por Julio Varela y F. Alvarez – Uría. Madrid: La Piqueta. Tercera Edición. (1992)

● Foucault, Michel y Deleuze Gilles (1972) “Un diálogo sobre el poder” Publicado inicialmente en la revista L’ Arc, Nro. 49. La traducción castellana es de Francisco Monge y fue publicada en *El Viejo Topo*, Nro. 6, 1977. En *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones.* Buenos Aires: Alianza. Tercera Edición (1995)

● Foucault, Michel (1975a) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores. Décimo Séptima Edición en Español, primera reimpresión en Argentina (1989)

● _ (1975b) “Poder – cuerpo”. En *Microfísica del Poder*; integra la colección Genealogía del Poder dirigida por Julio Varela y F. Alvarez – Uría. Madrid: La Piqueta. Tercera Edición. (1992)

● Foucault, Michel (1976a) “Curso del 7 de enero de 1976”. Cursos pronunciados por M. Foucault en el College de France. En *Microfísica del Poder*; integra la colección Genealogía del Poder dirigida por Julio Varela y F. Alvarez – Uría. Madrid: La Piqueta. Tercera Edición. (1992)

● Foucault, Michel (1976b) “Curso del 14 de enero de 1976”. Cursos pronunciados por M. Foucault en el College de France. En *Microfísica del Poder*; integra la colección Genealogía del Poder dirigida por Julio Varela y F. Alvarez – Uría. Madrid: La Piqueta. Tercera Edición. (1992)

● _ (1976c) *Historia de la sexualidad. Primera Parte: La voluntad del saber*, Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores. Primera Reimpresión en Argentina (1990)

● _ (1976d) “La política de la salud en el siglo XVIII”. En *Saber y Verdad*; integra la colección Genealogía del Poder dirigida por Julio Varela y F. Alvarez – Uría. Madrid: La Piqueta. (1991)

● _ (1977a) “Poder y Verdad”. Diálogo con M. Fontana. En *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones.* Buenos Aires: Alianza. Tercera Edición (1995)

● _ (1977b) *La Vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación,* Prólogo y Bibliografía. La Plata: Editorial Altamira. (1996)

● _ (1977c) “Las relaciones de poder penetran en los cuerpos”. En *Microfísica del Poder*; integra la colección Genealogía del Poder dirigida por Julio Varela y F. Alvarez – Uría. Madrid: La Piqueta. Tercera Edición. (1992)

● _ (1983) “Seguridad social: un sistema finito frente a una demanda infinita”. En *Saber y Verdad*; integra la colección Genealogía del Poder dirigida por Julio Varela y F. Alvarez – Uría. Madrid: La Piqueta. (1991)

● _ (1984a) “El interés por la verdad” opiniones vertidas por Michel Foucault y recogidas por Francois Ewald. En *Saber y Verdad*; integra la colección Genealogía del Poder dirigida por Julio Varela y F. Alvarez – Uría. Madrid: La Piqueta. (1991)

● Foucault, Michel (1984b) *Historia de la sexualidad. Segunda Parte: El uso de los placeres*, México: Siglo Veintiuno Editores. (1990)

● _ (1984c) *Historia de la Sexualidad. Tercera Parte: La quietud de sí*, Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores. (1991)

● Freud, Sigmund (1893) "Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas", en Freud Sigmund, *Obras Completas,* Tomo 1 (1997) España: Losada, pp. 13 – 21.

● _ (1912) "La Dinámica de la Transferencia", en Freud Sigmund, *Obras Completas*. Tomo 12. (1997) España: Losada, pp. 1648 – 1653.

● _ (1915) "Observaciones sobre el amor de transferencia", en Freud Sigmund, *Obras Completas*. Tomo 12. (1997) España: Losada, pp. 1689 – 1696.

● Galeano, Eduardo (1988) *El libro de los abrazos*. Barcelona: Planeta. (1995)

● García Lorca, Federico (1929-30) *Poemas* (antología) Buenos Aires: Huemul (1978)

● García Barreno, Pedro (1991) *Historia de los hospitales*. II Encuentro Hispanoamericano de Historia de las Ciencias. Buenos Aires, República Argentina, 10 al 16 de septiembre de 1990. España: Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de España y Academia Nacional de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de la República Argentina.

● García Barreno, Pedro (1991) *Medicina: Tecnología y Sociedad*. II Encuentro Hispanoamericano de Historia de las Ciencias. Buenos Aires, República Argentina, 10 al 16 de septiembre de 1990. España: Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de España y Academia Nacional de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de la República Argentina.

● Giacaglia, Mirta; Méndez, María Laura; Bechara, Marcelo; Rodríguez, Mara; Cabrera, Patricia (2000) *Cultura y crisis. La utopía como alternativa*. Facultad Ciencias de la Educación.

● Kafka, Franz (1914) “En la colonia penitenciaria”. En *Cuentos fantásticos*, Barcelona: Edicomunicación (1994)

● _ (1920) *El castillo,* Buenos Aires: Bureau Editor S. A. (1999)

● Kaufmann, Pierre (director) (1993) *Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis. El aporte Freudiano.* Buenos Aires: Piadós (1996)

● Lacan, Jacques (1951) “Intervención sobre la transferencia”, pronunciada en el congreso llamado de los psicoanalistas de lengua romance. En *Escritos 1*, Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores S. A. (1988)

● Lacan, Jacques (1953 – 1954) “Los escritos técnicos de Freud”, en *El seminario de Jacques Lacan*. Libro 1. Texto establecido por Jacques – Alain Miller. Buenos Aires: Piadós. (1996)

● _ (1964) “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”, en *El seminario de Jacques Lacan*. Libro 11. Texto establecido por Jacques – Alain Miller. Buenos Aires: Piadós. (1997)

● _ (1966) “Psicoanálisis y medicina”, En *Intervenciones y textos 1*. Buenos Aires: Manantial. (1985)

● Laclau, Ernesto (1990) *Nuevas reflexiones sobre la revolución de nuestro tiempo*, Buenos Aires: Nueva Visión.

● Laclau, Ernesto y Mouffe Chantal, (1985) *Hegemonía y estrategia socialista*, Madrid: Siglo XXI editores.

● Laín Entralgo, Pedro (1983) *La relación médico – enfermo*, Madrid: Alianza.

● Laplanche, Jean y Jean – Bertrand Pontalis (1993) *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Labor S. A.

● Nasio, Juan David (comp.) (1987) *En los límites de la transferencia*, Buenos Aires: Nueva Visión.

● Nietzsche, Federico (1887) *La génesis de la moral*, Buenos Aires: Bureau Editor. (2000)

● Olivetti, Valeria (1999) *Los sujetos de la determinación curricular en torno a la autonomía universitaria.* Tesis de Grado. Facultad Ciencias de la Educación. UNER.

● Ospina William (1994) *Es tarde para el hombre*, Barcelona: Grupo Editorial Norma.

● Pirandello, Luigi (1914) "Seis personajes en busca de un autor". En *Los clásicos del siglo XX. Obras Completas.* Barcelona: Plaza & Janes S.A. (1965)

● _ (1917) "Así es, si así os parece". En *Los clásicos del siglo XX. Obras Completas.* Barcelona: Plaza & Janes S.A. (1965)

● Puig, Manuel (1976) *El beso de la mujer araña*, Buenos Aires: Planeta.

● Puiggrós, Adriana (1990) *Sujetos, disciplina y currículo en los orígenes del sistema educativo moderno.* Buenos Aires: Galerna,

● Salessi, Jorge (1995) *médicos maleantes y maricas: Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina. (Buenos Aires: 1871 – 1914)* Buenos Aires: Beatriz Viterbo.

● Saldaña, Juan José (Coordinador) (1996) *Historia social de las ciencias en América Latina*. Artículo: La Medicina Científica y la Salud Pública en América Latina durante el siglo XIX". Emilio Quevedo y Francisco Gutierrez. México: Miguel Angel Porrua.

● Saldaña, Juan José (Coordinador) (1996) *Historia social de las ciencias en América Latina*. Artículo: "La Excelencia en las Ciencias Biomédicas del siglo XX". México: Marcos Cueto. Miguel Angel Porrua.

● Varaldi, Clemencia (1993) *Aprender: la aventura de soportar el equívoco*, Buenos Aires: Homo Sapiens Ediciones.

● Verón, Eliseo (1999) *Esto no es un libro*, Barcelona: Gedisa.

Artículos de Periódicos y Revistas

● Revista: Bioética. Volumen 2. Número 2. Año 1996. Ética Médica: estructura, desarrollo y difusión. Dr. Dietrich von Engelhardt.

● Revista del Área de Psicoanálisis. Hospital Neuropsiquiátrico Provincial. ¿Qué Ética?. Bioética en la Práctica Clínica. Susana Vidal. Año 5. Nro. 6. Junio 1997. Córdoba. Argentina.

● Revista Clínica Española. La relación clínica. Diego Gracia. Vol. 191. Núm. 2. Junio 1992. Basado en la intervención en una Mesa Redonda "Marañón y la ética" organizada por la Fundación Gregorio Marañón, del 7 al 9 de noviembre de 1990.

Resoluciones y Documentos Intrahospitalarios

● Reglamento Interno del Comité de Bioética. Elaborado por el Comité de Bioética del Hospital "J. B. Iturraspe". Santa Fe. Año: 1996.

● Declaración de los Derechos y Deberes del Usuario/Paciente del Hospital “J. B. Iturraspe”. Santa Fe. Resolución dictada por el Comité de Bioética del Hosp. Iturraspe. Año 1997.

● Descripción del Panorama Institución del Hospital “J. B. Iturraspe”. Año 2000. Estudio de carácter censal realizado por el Comité de Bioética.

9. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA COMPLEMENTARIA:

● Apuntes del Seminario: Comunicación Institucional dictado por la profesora Silvia Delfino (1999) Facultad Ciencias de la Educación. UNER

● Apuntes del Seminario: Metodología de la Investigación Social dictado por la profesora Lidia Rodriguez (2000) Facultad Ciencias de la Educación. UNER

● Apuntes y Fichas del Curso de Extensión: "Análisis y Resolución de Conflictos Éticos en Salud. Comités de Bioética", dictado por los docentes Brussino Silvia y Blanco Luis. U.N.L.

● Barceló, Marcos (2000) Ensayo: Ligadura de trompas, autorización judicial y prejuicios morales. Santa Fe.

● Berdini, Adrián (1997) Trabajo Monográfico: Ley provincial 10.068 (Descentralización Hospitalaria) Consecuencias para el sistema público de salud de la provincia de Santa Fe a seis años de su implementación. Santa Fe: Servicio Social hospital "J. B. Iturraspe".

● Boletín de la Oficina Panamericana de Salud. Volumen 109. Número 5 y 6.

● Benigni, Analía (2001) Trabajo Final: "La relación médico-enfermo", en el marco del curso de extensión: "Análisis y resolución de conflictos éticos en Salud. Comités de Bioética". U.N.L.

● Braceras, Diana Estructura de la relación médico-paciente: la transferencia: "¿y ahora... quién podrá ayudarme?"

● Brussino, Silvia (2001) Ponencia: "Esterilización quirúrgica y derechos reproductivos", dictada en el II Congreso Latinoamericano de Derecho Médico. Santa Fe.

● Cuaderno Nro. 2: Organización Hospitalaria. Curso Técnico de Estadística en Salud. Modalidad a distancia. Facultad de Bioquímicas y Ciencias Biológicas. UNL.

● Cullen, Carlos (2001) Ponencia: “La palabra, entre la salud y la mercancía” en las Primeras Jornadas de Bioética en Salud Mental. Buenos Aires, 5 y 6 de noviembre del 2001.

● Emmanuele, Elsa; Liborio, Mónica (1995) *Paradojas del Discurso Médico: perspectivas de intervención desde la epidemiología social,* Rosario: Editorial Fundación Ross

● Fichas y Apuntes de la cátedra: Comunicación y Cultura. Carrera: Licenciatura en Comunicación Social. Facultad Ciencias de la Educación. UNER

● Freire, Paulo (1988) *Educación y comunicación.* Entrevista realizada en portugués por Ana María Fadul. Revista DIA-LOGOS Nro. 18. Traducida en la Facultad Ciencias de la Educación por H. Mataloni.

● García Guillén, Diego (1993) Conferencia: La relación médico – paciente, dictada el 16 de septiembre en la Fundación René Favaloro.

● Gerbaudo, Analía (2001) Tesis de Maestría en Didácticas Específicas: Análisis teórico-epistemológico de las articulaciones y desarticulaciones entre teoría literaria, las propuestas curriculares y editoriales para la EGB3. Implicancias para la enseñanza de la literatura. Dirigida por la Dra. Susana Romano Sued (U.N.C.) y la Dra. Adriana Gonzalo (U.N.L.) (U.N.L., Santa Fe)

● Leiva, Rios Ortiz, Lopez Rosas, Gonzalez de Welschen, Mataloni, Taverna Irigoyen (1993) *Orígenes de la Medicina en Santa Fe*. Edición del Colegio de Médicos de la Primera Circunscripción. Provincia de Santa Fe.

● López, Fernando (2001) Artículo publicado en el diario La Nación, en Boletín Cine Club Santa Fe. 49 Temporada. Función Nro. 15. 21-22 / 6 / 2001

● Martinez, Leonardo (1997) Trabajo Monográfico sobre una experiencia profesional en el Servicio Social del Hospital “J. B. Iturraspe” de la ciudad de Santa Fe, en el marco de la cátedra del “Taller de Dinámica de Grupo y Análisis Institucional II” de la facultad de Trabajo Social. UNER.

● Méndez, María Laura (2001) Ponencia: “Saber, Poder y Secreto”, en las “Primeras Jornadas de Bioética en Salud Mental”. Buenos Aires, 5 y 6 noviembre del 2001.

● Monlau, Pedro (1941) *Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana*. Buenos Aires: Joaquin Gil Editor

● Monti, Juan Manuel (2000) Trabajo Monográfico: Análisis Institucional, en el marco de la cátedra Antropología Social y Cultural II. Escuela de Trabajo Social. Santa Fe.

● Norval, Aletta (1987) “Carta a Ernesto”, en Ernesto Laclau (1990) *Nuevas reflexiones sobre la revolución de nuestro tiempo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

● Padilla, Eduardo (1997) “La relación médico-paciente y su impacto en la equidad del sistema”. En mesa redonda en el seminario *La Salud en Crisis y el Rescate de la Equidad.* Fundación Navarro Viola. Buenos Aires: Fundación Navarro Viola.

● Pérez, Martín (2001) Artículo publicado en el diario Página/12 en Boletín Cine Club Santa Fe. 49 Temporada. Función Nro. 8. 3-4 / 5 / 2001.

● Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria Nro. 1. Volumnen 3. Marzo 2001: Holguín Salice, Gloria y Fernández Zanardo, Nora El talón de Aquiles, un grupo Balint con residentes de familia.

● Revista FASGO Ciencia e Información. Año 13, número 12. La Ley y la Ligadura Tubaria, Rolla Edgardo, director adjunto de publicaciones.

● Revista FASGO Ciencia e Información. Año 13, número 12. La Práctica de la Ligadura Tubaria en un Servicio de Obstetricia. Autores: Dres. Patricia Urbandt, Marcela Rafart, Alfredo Elena, H. S. De Molina Torres, Jorge González y el Lic. Sergio Cecchetto.

● Rudy (1999) *Las más divertidas anécdotas de médicos y pacientes*, Buenos Aires: Planeta.

● Salama, Pierre; Valier, Jacques (1992) *La retirada del Estado en América Latina*. Instituto de Estudios sobre Estado y Participación. Buenos Aires: Asociación Trabajadores del Estado.

● Sorokin, Patricia Relación intersubjetiva médico-paciente: en defensa propia.

9.1. Leyes Provinciales, Decretos, Resoluciones y Documentos Hospitalarios

● Datos cuantitativos (cantidad de consultantes en las diferentes secciones) en el Servicio de Consultorios Externos Centralizados emanados de la División de Estadística del Hospital “J. B. Iturraspe”. Período 1992 – 1998.

● Datos sobre facturación a obras sociales y presupuesto hospitalario brindados por el Servicio de Facturación y Contaduría del Hospital “J. B. Iturraspe”. Período 1990 – 2000.

● ¿El hospital público es de todos y para todos? Carta enviada al Comité de Bioética por el Servicio Social del Hospital “J. B. Iturraspe”. Año 1999.

● Ley Provincial Nro. 10.60: Descentralización Administrativa Hospitalaria.

● Decreto Reglamentario Nro. 1427 de la Ley Provincial Nro. 10.608 de Descentralización Administrativa Hospitalaria.

● Decreto Presidencial Nro. 578 / 93: Hospital de Autogestión.

● Niveles de Complejidad para Hospitales Generales brindado por el Departamento de Organización y Administración Hospitalaria de la Provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud.

● Perspectiva Bioética sobre los métodos esterilizantes: lisis tubaria elaborado por el Comité de Bioética del hospital “J. B. Iturraspe”. Santa Fe. Año 2000.

● Producción Hospitalaria de los Efectores de Salud de la Provincia de Santa Fe elaborado por la Dirección General de Estadística de la Provincia de Santa Fe. Período: 1990 – 2000.

10. FILMOGRAFÍA:

- Bellocchio, Marco (1999) *La Nodriza*, Italia.
- Gedeon, Sasa (1999) *El Idiota*, República Checa.
- Kenovic, Ademir (1997) *El Círculo Perfecto*, Bosnia – Francia.
- Kurosawa, Akira (1950) *Rashomon*, Japón.
- Taviani, Paolo y Vittorio (1998) *Tu Ríes*, Italia.
- Cuerda, J. L. (1999) *La Lengua de las Mariposas*, España.