

DOSSIER LAS CLASES TRABAJADORAS EN LA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA

El sacrificio como requisito profesional: el caso de la formación médica hospitalaria en Oaxaca, México

Aitza Miroslava Calixto Rojas*

Universidad Nacional Autónoma de México
aitzza@gmail.com

Roberto Campos Navarro**

Universidad Nacional Autónoma de México
rcampos2000@yahoo.com.mx

Recibido: 02.06.20

Aceptado: 18.08.20

Resumen: Este artículo aborda la inserción hospitalaria del personal médico en formación en las instituciones públicas de salud en México. A partir de un

* Doctorante en Ciencias Sociomédicas por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Maestra en Antropología Social por el Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social. Licenciada en Ciencia Política y Relaciones Internacionales por el Centro de Investigación y Docencia Económicas. Co-directora de Investigación y Diálogo para la Autogestión Social A. C.

** Doctorado en Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras / Instituto de Investigaciones Antropológicas (UNAM). Maestría en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Especialidad Médica en Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS/UNAM). Licenciatura de Médico-Cirujano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Los autores conservan sus derechos

estudio etnográfico en tres hospitales públicos de la ciudad de Oaxaca, se identificó que el internado hospitalario de pregrado se ha convertido en una inserción laboral que sostiene procesos operativos medulares para el funcionamiento cotidiano de hospitales-escuela con alta demanda de atención. A lo largo del texto se discuten las implicaciones de la invisibilización normativa de esta inserción laboral y se describen las estructuras institucionales que condicionan que se privilegie desahogar el trabajo por encima de cualquier proceso formal de enseñanza-aprendizaje. Para ello se describen los regímenes administrativo, profesional, corporal y emocional que forman parte de esta formación hospitalaria. Aspectos que convierten este proceso en un rito de paso que cristaliza la representación social del sacrificio como un requisito indispensable para convertirse en médico en México. Finalmente, se discuten las implicaciones simbólicas y materiales del internado hospitalario de pregrado como un trabajo precarizado en un sistema de salud cuya operación se inscribe en los procesos de descapitalización de los servicios públicos de salud en Latinoamérica.

Palabras clave: México; Antropología médica; antropología del trabajo

Sacrifice as a professional requirement: the case of hospital medical training in Oaxaca, Mexico

Abstract: This article addresses the hospital work of medical personnel undergoing training in public health institutions in Mexico. An ethnographic study in three public hospitals in the city of Oaxaca indicates that the undergraduate hospital internship has become employment that supports core operating processes for the daily operation of teaching hospitals with high demand for care. The text describes the implications of the effective invisibility of this labor and illustrates how institutional structures privilege work over any formal teaching-learning process. For this, the administrative, professional, physical and emotional regimes that are part of this hospital training are described. These conditions make this process a rite of passage that crystallizes the social representation of sacrifice as a requirement to becoming a doctor in Mexico. Finally, the symbolic and material implications of undergraduate hospital internship as a precarious job in a health system whose operation is part of the decapitalization processes of public health services in Latin America are discussed.

Keywords: México; Medical anthropology; anthropology of work

O sacrificio como exigência profissional: o caso da formação médica hospitalar em Oaxaca, México

Resumo: Este artigo objetiva abordar a inserção hospitalar do pessoal médico em treinamento nas instituições de saúde pública do México. A partir de um estudo etnográfico em três hospitais públicos da cidade de Oaxaca, identificou-se que o estágio de um hospital universitário se tornou uma inserção trabalhista que apoia os processos operacionais centrais da operação diária de hospitais escolares com alta demanda de atendimento. Ao longo do texto, são discutidas as implicações da invisibilidade normativa de tal inserção laboral e são descritas as estruturas institucionais que condicionam o privilégio de exaltar o trabalho, em detrimento do processo formal de ensino-aprendizagem. Para isso, são descritos os regimes administrativos, profissionais, físicos e emocionais que fazem parte da formação deste hospital. Condições que tornam esse processo em um rito de passagem que cristaliza a representação social do sacrifício como requisito indispensável para se tornar médico no México. Por fim, são discutidas as implicações simbólicas e materiais do estágio de um hospital universitário como trabalho precário em um sistema de saúde da qual a operação faz parte dos processos de descapitalização dos serviços públicos de saúde na América Latina.

Palavras-chave: México; Antropologia médica; antropologia do trabalho

INTRODUCCIÓN

Este trabajo aborda la situación actual del “internado hospitalario de pregrado¹” en México con la intención de analizar cómo esta política educativa se ha transformado en una inserción laboral que permite el desahogo cotidiano de procesos operativos vitales para el funcionamiento de hospitales públicos con alta demanda de servicios. Con este propósito se presentan los resultados de una investigación antropológica realizada en Oaxaca, una de las entidades federativas de México con mayor diversidad sociocultural² y con los indicadores socioeconómicos y de salud más precarizados del país (CONEVAL, 2020).

- 1 Se denomina internado hospitalario de pregrado al periodo de formación hospitalaria de un año que tiene que es obligatorio en México para licenciarse en medicina y se realiza después del periodo escolarizado en las facultades de medicina.
- 2 Oaxaca es una de las 32 entidades federativas en las que se divide administrativamente el territorio mexicano, se ubica al sureste, es el quinto estado en extensión territorial con 93.952 km² y cuenta con una población de 3.968 millones (2015) .

Actualmente, la formación hospitalaria de pregrado de las y los estudiantes de medicina en México es obligatoria para certificarse como pasante en medicina general³. El internado hospitalario de pregrado dura un año y se realiza después de cursar los programas formativos en aula, que van de cuatro a cinco años según el currículo de cada universidad. Una vez concluido el internado, se puede obtener el título de licenciatura en Medicina General, siempre y cuando se cumpla con un año de servicio social⁴ en instituciones públicas del primer nivel de atención y se apruebe el examen profesional en sus vertientes teórica y práctica.

Las experiencias de desgaste físico y emocional de estos periodos formativos han sido analizados en México y países de la región por estudios en psicología, a partir del llamado “síndrome de desgaste profesional” (Hernández-Vargas, Dickinson y Fernández Ortega, 2008 y Reyes, Medina, Mesa, Paredes, Barahona y Sierra 2012).

La vida hospitalaria también ha sido conceptualizada en abordajes teóricos como los de Foucault (2001) y más recientemente estudios empíricos como los de Good y Del Vecchio (2000) nos permitieron recuperar la centralidad de enfocarnos en los periodos formativos desde la perspectiva de las y los estudiantes de medicina.

Al respecto, el texto clásico de Becker, Geer, Hughes y Strauss (1961) permite enfatizar la importancia de la inserción hospitalaria, porque analiza cómo en estas fases los estudiantes terminan concibiéndose a sí mismos como médicos. Este estudio destaca el papel que tienen las interacciones sociales propias de la

3 En México se denomina medicina general al grado de licenciatura en medicina que proporciona las herramientas y conocimientos clínicos para la atención de padecimientos de baja complejidad y para la detección de problemáticas que, por su gravedad y/o urgencia, requieran de atención hospitalaria y/o del tratamiento de personal médico con mayor especialización. La medicina general se circunscribe a la atención primaria a la salud y se desarrolla en consultorios privados, unidades públicas del primer nivel de atención, de medicina familiar y en las áreas de atención ambulatoria de los hospitales.

4 El servicio social consiste en un año consecutivo de trabajo como personal médico tratante en medicina general que se realiza mayoritariamente en instituciones públicas del primer nivel de atención. Se realiza después del año de internado hospitalario de pregrado y es una etapa obligatoria para licenciarse como médico general.

formación para la redefinición de perspectivas y marcos de referencia de los estudiantes, porque enfrentan “dilemas” que ponen en juego, por ejemplo, el idealismo contra la demanda del trabajo clínico, o bien el miedo y la ansiedad contra la necesidad de tener seguridad en sí mismos. Esto, sin dejar de subrayar la influencia que puede ejercer la planta docente de las facultades, no solo por su posibilidad de humillar a los estudiantes, sino porque tienen el poder de arruinar por completo las carreras de sus estudiantes cuando no se logran adaptar al proceso formativo.

A este respecto, Menéndez (2016) ha señalado que la formación médica forma parte de un sistema que homogeniza a los profesionales en consonancia con un saber, que por su hegemonía, da lugar a lo que Bourdieu y Passeron (1996) denominan un doble arbitrio cultural. Proceso que parece anular la diversidad sociocultural de las y los estudiantes e instaurar un *habitus* profesional que implica una transformación radical de su identidad.

Este artículo busca ahondar en este fenómeno, analizando los rasgos que convierten a la formación hospitalaria como una experiencia total, como un pasaje liminal (Turner, 1988) que permite descubrir discursos, prácticas y significados de la profesión médica, al tiempo que revela contradicciones medulares del sistema de salud en lo que se refiere a la formación y el trabajo hospitalario, desde una perspectiva antropológica y de políticas públicas.

En esta lógica, este artículo tiene como objetivo central describir las estructuras institucionales que condicionan la formación hospitalaria durante internado de pregrado de las y los estudiantes de medicina, para analizar las implicaciones identitarias, simbólicas y materiales de estos procesos en un sistema de salud cuya operación se inscribe en la acelerada descapitalización de los servicios públicos de salud en Latinoamérica.

Con este propósito, se exponen los recursos metodológicos con los que se recabó la información etnográfica en campo, para después exponer el desarrollo histórico del internado de pregrado.

Aspectos que sirven de referencia para la presentación del análisis antropológico de este proceso de formación hospitalaria mediante la descripción de los regímenes administrativo, profesional, corporal y emocional que lo constituyen. El artículo finaliza con el análisis del internado como un proceso ritual, elaboración que permite integrar la experiencia encarnada de las y los estudiantes a los significados de este proceso formativo.

MÉTODOS

La estrategia metodológica de este abordaje se construyó en el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México en la línea de Antropología en Salud.

La investigación se realizó en el estado de Oaxaca, una de las 32 entidades federativas de México. Esta entidad se encuentra en la región suroeste del país y ocupa el quinto lugar en extensión territorial; en su geografía habitan 18 de los 68 grupos étnicos que hacen de México una nación pluricultural. Estas características hacen de este territorio un escenario donde ejercer la medicina implica trabajar en entornos interculturales y aseguran que la mayoría del estudiantado en medicina cuenta con referentes étnicos específicos.

Para realizar el proyecto se planteó un estudio etnográfico de tres años de duración (2017-2020), en el que fue posible dar seguimiento a un grupo de estudiantes de la generación 2012-2019 de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO). Este seguimiento abarcó el cierre de sus estudios escolarizados (2017), su ciclo de internado hospitalario de pregrado (2017-2018) y su servicio social en unidades del primer nivel de atención (2018-2019).

La duración de la inserción de campo permitió diversificar los instrumentos de investigación que se implementaron en el proceso. Las actividades se organizaron en cuatro etapas en las que se gestionaron los permisos institucionales pertinentes y se desarrollaron procesos de consentimiento informado con quienes participaron en el proyecto.

1. Investigación documental: Se reconstruyó la trayectoria sociohistórica de la formación hospitalaria en México y se analizó el papel del internado de pregrado hospitalario en este proceso.
2. Cuestionario sociodemográfico (junio de 2017): Se realizó el levantamiento de un cuestionario al 95 por ciento del estudiantado de la generación (2012-2019) para recuperar sus perfiles sociodemográficos, su balance del periodo escolarizado de su formación y sus expectativas en relación al internado hospitalario de pregrado.
3. Etnografías hospitalarias (julio de 2017- julio de 2018): Se realizaron etnografías hospitalarias basadas en la realización de 18 guardias de 36 horas continuas y 120 horas de observación en salas de espera en

los tres hospitales de la ciudad de Oaxaca, que recibieron al 50 por ciento de la generación a la que se dio seguimiento y que corresponden a las instituciones que conforman el sistema público de salud en México (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y Secretaría de Salud).

4. Entrevistas a profundidad (julio de 2017- marzo de 2020): Se integró un grupo de cuatro colaboradoras y dos colaboradores con quienes se realizaron 40 entrevistas en torno a sus experiencias durante el internado hospitalario, el servicio social y sus expectativas profesionales a corto y mediano plazo.

TRAYECTORIA SOCIOHISTÓRICA DE LA FORMACIÓN HOSPITALARIA EN MÉXICO

En consonancia con la tradición norteamericana, la formación hospitalaria en México comenzó a consolidarse desde principios del siglo XX como un requisito normativo indispensable para certificarse como médico, pero no fue hasta la década de los cuarenta que comenzó a incorporarse operativa y normativamente como pieza clave del incipiente sistema de salud que comenzaba adquirir características que perduran hasta el día de hoy.

La construcción del Hospital Infantil de México en 1943; del Instituto Nacional de Cardiología en 1944; del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Salvador Zubirán” en 1946; del Instituto Nacional de Cancerología en 1950; del establecimiento de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) –más adelante Secretaría de Salud (SS)– y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943 y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1960, marcarían un giro definitivo en las maneras en las que se pensaba y ejercía la profesión médica en México. La medicina pasó de ser un oficio que se desarrollaba principalmente en el ámbito caritativo-privado a convertirse en una profesión fuertemente burocratizada.

En esta lógica, el ejercicio de la medicina hospitalaria se convirtió en parte central de la promesa de modernidad del llamado milagro mexicano⁵ y del intento

5 Se denomina milagro mexicano al plazo de 1940 a 1956 en el que se contó con un periodo sostenido de crecimiento económico del producto interno bruto mayor al 5%, motivado por un período de industrialización impulsado por la explotación petrolera y la exportación de materias primas.

de establecer un sistema de seguridad social nacional. En ese periodo de bonanza económica e incipiente industrialización se enraizó el paradigma de la medicina hospitalaria como la única aspiración digna para las y los estudiantes de medicina en México; actualmente siguen considerando un fracaso no cursar una formación hospitalaria de posgrado para trabajar en estas instituciones como especialistas.

La consolidación de un sistema de seguridad social para trabajadores estatales (a cargo del ISSSTE) y de empresas privadas (a cargo del IMSS), y la definición de población abierta como aquella sin acceso a este derecho por no estar contratada formalmente por alguna empresa (a cargo de la SS), trajo consigo el afianzamiento de un sistema de salud fragmentado en lo que se refiere al acceso a la atención a la salud, pero también generó que la formación del personal médico y su posterior contratación correspondiera a lógicas institucionales fuertemente diferenciadas. Formarse y/o laborar en instituciones del IMSS, en el ISSSTE o de la SS ha implicado desde entonces tener más o menos derechos laborales y salarios, pero también supone enfrentarse a diferencias en lo relacionado con las cargas de trabajo y los recursos humanos y materiales disponibles; históricamente, el ISSSTE ha contado con más recursos y menos demanda de atención en comparación con el IMSS y la SS.

El establecimiento del servicio social en 1936 (periodo para ejercer la medicina como pasantes becarios en la red pública de atención a la salud en comunidades rurales); la obligación de recibir formación hospitalaria en instituciones públicas antes de licenciarse como médico -formalizada en la década de los cincuenta- y la posibilidad de acceder a una plaza fija o eventual para trabajar en el sistema público de salud, generaron que hacerse médico en México implicara formar parte del aparato estatal. Las y los médicos no serían vistos desde entonces como profesionistas, sino como asalariados del sistema de salud, dando lugar a la *“fragmentación de su control individual sobre los medios de producción de sus servicios”* (Frenk, Hernández-Llamas, y Álvarez-Klein, 1982, 94).

Sin embargo, a pesar de la consolidación y la ampliación de cobertura del IMSS, del ISSSTE y de la SS, el desfaldo sistemático, las crisis económicas y la reducción del gasto en salud condicionaron que la medicina hospitalaria se fuera convirtiendo en un ejercicio profesional cada vez más precarizado, sobre todo para el personal en formación. La enseñanza médica se ancló a la vida hospitalaria por medio del internado de pregrado y las residencias hospitalarias de posgrado, pero su implementación, que inicialmente estaba situada en el aprendizaje, en forma paulatina fue absorbida por el cumplimiento de crecientes cargas laborales.

No es de extrañar que en la década de los sesenta el llamado movimiento médico de 1964-1965 o movimiento de las batas blancas, comenzara con la demanda de estudiantes de medicina de posgrado (residentes) e internos de pregrado, que exigían mejores condiciones laborales. Se gestó así un movimiento médico que tenía dentro de sus demandas el reconocimiento de la categoría de trabajadores para los estudiantes de medicina; sin embargo, ni los estudiantes de pregrado, ni los de posgrado adquirieron su reconocimiento administrativo como trabajadores, aunque se incorporaron ciertas medidas en las políticas educativas de formación hospitalaria que se han mantenido desde entonces sin mayores modificaciones.

En la década de los ochenta se emitirían las primeras normas académicas y administrativas para el desarrollo del internado hospitalario de pregrado, detallando que la rotación hospitalaria sería en los servicios de Pediatría, Ginecoobstetricia, Medicina Interna, Cirugía General, Medicina de Urgencias y Medicina Familiar. Desde entonces, se creó en la SS una Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y el Comité de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, con el propósito de facilitar la coordinación con las instituciones educativas. Instancia que, actualmente, cuenta con una réplica a nivel local en las entidades federativas para coordinar todo lo relacionado con la asignación de plazas y el seguimiento administrativo de las y los internos de pregrado.

Con estos antecedentes, el llamado médico interno de pregrado (MIP) sigue en el ámbito normativo hospitalario con la categoría de becario⁶ de los servicios

6 El reglamento por el que se establecen las bases para la realización del internado de pregrado de la Licenciatura en Medicina no ha tenido modificaciones desde 1982 y considera el establecimiento y operación del Comité de Internado de Pregrado como una instancia federal que cuenta con la representación de las instituciones de salud y educativas de todo el país y se mantiene al tanto de los convenios locales que garantizan la operación del internado. Se destaca que son las instituciones de salud las que establecen diversos tipos de apoyos y ayudas al estudiantado y especifican los periodos de descanso, siempre con énfasis en su carácter de alumnos, además éstos continúan con su seguro médico como estudiantes durante este proceso. Los apoyos monetarios mensuales se categorizan como becas y los días de descanso como periodos vacacionales propios de una etapa formativa, sin añadir ninguna prestación, ni nombramiento que les otorgue el carácter de trabajadores. Por su parte las condiciones y horarios específicos del internado se establecen en la Norma Oficial Mexicana (NOM-234-SSA1-2003, 2005) sobre la utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.

de salud para su educación y adiestramiento. La insistencia en negar el estatus de trabajadores a las y los estudiantes de medicina se sigue justificando en esta catalogación administrativa como estudiantes. Sin embargo, en la práctica, los hospitales del segundo y tercer nivel de atención han ido incorporando a las y los estudiantes de pregrado y de posgrado como personal médico que, bajo la consigna de aprender, se ha ido encargando del mayor número posible de actividades para desahogar las cargas laborales del resto del personal hospitalario.

En los últimos treinta años, este proceso en el que las y los MIP han comenzado a desahogar una mayor carga laboral en sus procesos de formación hospitalaria ha obedecido a una política neoliberal que redujo paulatinamente el gasto en salud y que tuvo su mayor expresión en el establecimiento del Seguro Popular (López-Arellano, Jarillo-Soto 2017). El IMSS y el ISSSTE enfrentaron reducciones en el gasto y conflictos relacionados con el sistema de pensiones que incorporan como instituciones de seguridad social, mientras los servicios a población abierta quedaron restringidos por el modelo de seguro médico que se incorporó a través del Seguro Popular. En este proceso, la subrogación de servicios fue abriendo el paso a un proceso de privatización que iba en consonancia con el desmantelamiento de los servicios públicos del resto de Latinoamérica, reduciendo el gasto destinado a la formación hospitalaria de especialistas y la contratación de personal, y dejando caer con ello el peso de la operación hospitalaria en las y los estudiantes de pregrado, sobre todo en los entornos institucionales con mayor demanda de servicios.

ABORDAJE ANTROPOLÓGICO DEL INTERNADO HOSPITALARIO DE PREGRADO EN OAXACA

Durante el trabajo de campo en los tres hospitales dependientes del IMSS, el ISSSTE y la SS de la ciudad de Oaxaca fue posible documentar que las y los estudiantes realizan actividades consideradas de baja complejidad, pero que son medulares para el seguimiento administrativo y clínico de los pacientes.

Se identificó que, bajo el espectro de la centralidad de la “enseñanza práctica”, se ha invisibilizado que el internado es la primera inserción al mundo laboral a la que se aspira en la profesión médica, y que parece justificar que no se exija un salario más allá de la beca, de alrededor de tres mil pesos mexicanos mensuales (cerca de 130 dólares). También fue posible documentar que estas cargas laborales estaban normalizadas de manera intergeneracional por la comunidad médica, es decir, de forma continua se reiteraba que el internado de pregrado siempre ha implicado cargas de trabajo que, por su dureza, ponen a prueba si

se tiene lo necesario para convertirse en médico e incluso se llega a señalar que cada vez se han suavizado más los castigos y las condiciones en las que se realiza este proceso.

A partir de estos hallazgos preliminares fue posible dialogar con conceptualizaciones que permitieron analizar la vastedad de datos etnográficos que fue posible recuperar por la duración y profundidad del trabajo de campo.

Entendemos la formación médica como el proceso de adquisición de conocimientos que se acompaña de un proceso de socialización profesional, que incluye un *curriculum* declarado y otro oculto, y cuyo desarrollo implica la adquisición de un *habitus* médico. Lo médico se convierte así en un *ethos* (Gil-Montes, 2004) que conlleva aprendizajes comunes sobre los significados contemporáneos de la medicina, al tiempo que adquiere su especificidad local a través de la construcción de un *habitus*, que en el caso mexicano, ha sido explorado por autores como Castro (2014).

La descripción de Menéndez (1992) del modelo hegemónico corporativo público como el mecanismo institucional que materializa el predominio de lo biomédico mediante los sistemas públicos de salud, nos ha permitido poner énfasis en lo burocrático como un rasgo específico de la formación de la profesión médica en países como México, donde la medicina se ejerce mayoritariamente en instituciones públicas. Para este autor, este modelo incluye los siguientes rasgos estructurales:

“...biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía...relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los consumidores en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico...profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica...tendencia al control social e ideológico...la estructuración jerarquizada de relaciones internas y externas en la organización de la atención médica; por el burocratismo...así como la tendencia a constituir subprofesionales controlados, y a dirigir las legitimaciones políticas e ideológicas en el sector salud. (Menéndez, 1992: 102)

De igual forma, el concepto de burocracia profesional que utiliza Mintzberg (1991) para referirse a la estructura organizativa de los hospitales nos ha permitido dialogar con los hallazgos de la investigación relacionados con la formación hospitalaria. Para este autor, este tipo de estructuras están centradas en los conocimientos de sus profesionales, y por ende se le otorga un peso crucial a la capacitación y la enseñanza. *“Toda esta capacitación está dirigida a una meta: la internalización de normas que sirven al cliente y coordinan el trabajo*

profesional” (Mintzberg, 1991: 160), para este autor se requiere de largos procesos de capacitación que consoliden reflejos automáticos mediante la práctica. Esto para estandarizar los conocimientos profesionales que son la base de una estructura organizativa, que desde este enfoque, tiende a generar un alto grado de autonomía profesional que posibilita una estructura descentralizada y democrática.

Con estos referentes, el concepto de burocracia es retomado por esta investigación en un sentido que remite a las características institucionales y operativas de los sistemas de salud públicos como brazo operativo de los estados-nacionales, al tiempo que se recupera la consecuente racionalidad burocrática (Weber, 1983) que atraviesa los procesos de salud-enfermedad-atención-desatención en la cotidianeidad operativa de los servicios públicos en los que se realiza la formación hospitalaria.

Adicionalmente, la noción clásica de Weber (1983) en la que la burocracia constituye un tipo ideal de estructura organizacional nos ha permitido centrar la atención en el papel que juegan la autoridad y las reglas en el modelo hegemónico corporativo en el que se inserta la formación hospitalaria. Para esta investigación, la formación hospitalaria es un eje medular de la formación médica, porque representa la cúspide de la socialización profesional al enfrentar a las y los estudiantes a un entorno institucional burocratizado que impone reglas escritas y no escritas de lo que significa el ejercicio de la medicina en un entorno estatal particular.

Identificamos que estas reglas podían ser analizadas por medio de la categoría de régimen, porque podía capturar el peso del poder-saber médico y el poder burocrático estatal, que condicionan y delimitan el marco regulatorio implícito y explícito de la formación médica hospitalaria en México, abordaje que entra en consonancia con los citados aportes teóricos de Menéndez (1992) sobre el modelo médico hegemónico corporativo.

Nos percatamos de que la estructura, la organización, la operación y la cotidianeidad de la formación hospitalaria podían ser recuperados por medio de la noción de régimen, porque enfatiza el carácter obligatorio de las disposiciones que estructuran y organizan la operación y porque su transversalidad determina los ritmos cotidianos dentro de este espacio institucional.

La cotidianeidad o vida hospitalaria que forma parte de la formación hospitalaria es capturada así por la categoría de régimen, teniendo en cuenta las observaciones de Apesoa-Varano, Ester Carolina y Varano (2014) con relación a las tensiones que se desarrollan en la cotidianeidad hospitalaria que reúne a profe-

sionales diversos en un espacio en el que se desarrollan procesos organizativos diversos donde lo médico es central, pero no lo único que condiciona dichas tensiones.

En esta lógica, la categoría de régimen ha permitido presentar un análisis diferenciado del tipo de exigencias institucionales más evidentes en el trabajo de campo, por lo que ha sido posible referirnos a varios tipos de regímenes que, en su conjunto, permiten ordenar los hallazgos etnográficos de la investigación. Se llegó así a la identificación de cuatro tipos de regímenes que forman parte de la formación hospitalaria: el administrativo, el profesional, el corporal y el emocional. Diferenciación que nos ha permitido enriquecer la comprensión de las exigencias a las que se tienen que ajustar las y los estudiantes de medicina de pregrado para completar este periodo formativo.

El régimen administrativo

Después de cinco años de formación escolar, las tareas administrativas son el primer proceso de burocratización del ejercicio clínico que las y los estudiantes tienen que cumplir para concretar su año de internado. El régimen administrativo de los hospitales comprende los aspectos relacionados con las rotaciones, rutinas y estilos de atención y con las rutas de atención hospitalaria. Estos ordenamientos dependen de la normatividad vigente, pero en la operación también se anclan a otros sentidos y significados a los que sólo podemos aproximarnos en la praxis.

Por normativa, el internado implica la estancia periódica de dos a tres meses en las diferentes áreas o servicios de hospitalización y/o consulta externa. Las y los médicos internos transitan por estos servicios de acuerdo al grupo que les es asignado por azar y sus experiencias estarán marcadas por el orden en que transiten por los servicios y por las dinámicas del grupo de estudiantes con el que compartirán las jornadas de trabajo. Se denomina rotación al grupo de estudiantes que se distribuyen en un mismo servicio y guardia: el grupo más reducido con el que se comparten los horarios nocturnos dentro del servicio asignado. Sus horarios irán de las 12 a las 36 horas continuas, que se irán intercalando de acuerdo con las necesidades de cada servicio.

Cada servicio hospitalario se caracteriza por tener una rutina de atención específica según los problemas de salud en los que se enfoca, pero además cuenta con subrutinas determinadas por los tres turnos de atención en los que se organiza el trabajo (mañana, tarde y guardia nocturna), esto sin olvidar que los “es-

tilos de atención” también varían de acuerdo a estos horarios porque el personal cambia de acuerdo a la hora y día de la semana.

Es así que las rotaciones, rutinas y estilos de atención imponen a las y los estudiantes la necesidad de adaptarse y readaptarse continuamente para insertarse en la operación de los servicios, con la particularidad de que no habrá indicaciones claras sobre lo que recae bajo su responsabilidad. Descubrir “lo que te toca hacer” (Diario de campo, noviembre de 2018) es parte del entrenamiento de este ritual burocratizado, con las consecuencias que eso tiene para los ritmos de la atención hospitalaria. *“No entiendes cómo funcionan las guardias, no entiendes cómo funcionan los días libres y eso jamás te lo explican en la universidad...En un hospital tú no sabes ni qué onda...”* (Entrevista a médico interno de pregrado del hospital de la SS, 17 de septiembre de 2018).

Las rutas de atención hospitalaria⁷ se convierten en el proceso central en el que se inserta la labor de estos estudiantes porque se convierten en enlaces operativos entre los servicios, sin que esto se explicita en términos de la responsabilidad jurídica y clínica que eso trae consigo. Este seguimiento administrativo implica la responsabilidad de dar continuidad a los tratamientos y laboratoriales de las y los pacientes, sobre todo si pensamos que cada 24 horas tres médicos especialistas diferentes están a cargo de su tratamiento y que son las y los médicos internos de pregrado los intermediarios más estables en estas relaciones de atención.

“A mí generalmente no me daban una interconsulta... también en rayos equis son muy especiales... Los del laboratorio eran más complicados... depende de cada químico, pero te decían -tu estudio no es de urgencia, hazlo mañana por la mañana, no entiendo por qué lo estás pidiendo- y cuando veías de plano a alguno de los químicos que no quería trabajar tenías que etiquetarlo como de urgencias o de ginecología. Uno la va “pescando”, igual cuando uno necesita sangre, sí está algo limitado” (Entrevista a médico interno de pregrado del hospital de la SS, 14 de octubre de 2018).

En este mismo sentido, la elaboración y actualización del expediente clínico se convierte en la tarea medular del periodo y conlleva el seguimiento a tratamientos y laboratoriales como una tarea administrativa, cuyo potencial de aprendizaje clínico se ve disminuido cuando la cantidad de pacientes se

7 Las rutas que sigue la atención intrahospitalaria de las y los pacientes y que conlleva la interacción con diferentes áreas y servicios y la realización de una serie de procedimientos administrativos, además de la atención clínica.

incrementa, pues esta labor se mecaniza y no se duerme copiando sin mayor reflexión los documentos que tienen que actualizarse.

“Las indicaciones solamente se pasaban antes de las 7... porque a las 7 de la mañana las indicaciones ya tienen que estar listas porque es el pase de visita, entonces a veces empezamos a hacer las indicaciones como a las 12 o como a la 1... por si hay un cambio. Se supone que las indicaciones –como las escribimos a máquina– no tienen que llevar corrector. No tiene que ir a mano, bueno sí les ponemos corrector, no se debe pero se hace. Se supone que como el expediente clínico es un documento médico legal no debe de llevar corrector, ni tachaduras... pero... luego te terminas equivocando... cuando recién entramos como que lo hacemos bien bonito, pero conforme fuimos viendo que perdíamos un montón de tiempo por una simple corrección, pues entonces sí le empezamos a poner las tachas o de plano le poníamos un poquito de corrector de pluma... es un minuto el que perdías, pero significa demasiado puedes escribir miles de palabras en ese minuto” (Entrevista a médica interna de pregrado del hospital de la SS, 9 de diciembre de 2017).

Las y los MIP son los encargados de realizar gasometrías y gestionar sus resultados para incorporarlos en los expedientes, así como cualquier otra prueba laboratorial que requiera el paciente. Diariamente pasan en “limpio” las hojas diarias e indicaciones médicas del médico tratante de cada turno, rellenan recetas, formatos de ingreso y egreso, certificados de nacimiento y defunción, toda la documentación que posteriormente valida el personal médico tratante de cada turno.

El régimen administrativo se caracteriza así como un dispositivo que impone cargas laborales no explicitadas verbalmente, pese a la importancia de los procesos de seguimiento de las rutas de atención de las y los pacientes y a la carga jurídica que lleva implícita la actualización del expediente y elaboración de documentos oficiales.

El régimen profesional

Trabajar en un hospital exige vivirse en códigos profesionales específicos: la inmersión laboral del internado implica aprender cuál es tu lugar, tus membresías y las exclusiones propias de la vida de hospital. Este régimen profesional implica códigos y regulaciones que pueden clasificarse en tres aspectos: la pertenencia institucional, la interiorización de la jerarquización en red y la asimilación del desencuentro médico-paciente.

La pertenencia institucional es la primera marca que se incorpora en la cotidianidad hospitalaria. La fragmentación del sistema de salud implica que la elec-

ción de cada hospital esté determinada por un imaginario específico sobre el “tipo” y número de pacientes que se atienden en cada institución. La representación dominante es que la mejor opción es el hospital que atiende a la población sin seguridad social, porque al estar más saturado se consigue aprender por “rebosamiento”. Se asume así que los procedimientos clínicos se afianzan porque la repetición los automatiza. Esta consideración también lleva consigo una representación sobre las personas que recurren a este servicio: se asume que sus procesos de precarización las vuelve menos exigentes en relación con personas que al ser trabajadoras del estado o de las empresas privadas, se asume que serán más exigentes y opondrán más resistencia a recibir la atención de estudiantes. *“En el ISSSTE y el IMSS los pacientes se quejan de todo, en el Civil los pacientes son más nobles porque necesitan más el servicio”* (Entrevista médica interna del hospital de la SS, 23 de octubre de 2017).

En consonancia con esto, Foucault plantea que a finales del siglo XVIII se gestó un *“contrato silencioso” entre el hospital donde se cura los pobres y la clínica donde se forman los médicos* (Foucault, 2001, 125). Su análisis histórico y filosófico es contundente al respecto, *“...lo que es benevolencia respecto del pobre se transforma en conocimiento aplicable al rico...he aquí por tanto los términos del contrato que realizan riqueza y pobreza en la organización de la experiencia clínica”* (Foucault, 2001, 125).

La elección de hospital para el internado de pregrado se realiza de acuerdo al promedio obtenido durante la etapa escolarizada de la formación. Elegir el hospital con más pacientes se convierte en un símbolo de pertenencia, que genera un orgullo basado en haber escogido el hospital más difícil que, por su nivel de práctica, te convertirá en un mejor médico. El hospital de la SS (Hospital Civil) en Oaxaca cuenta con personal contratado que ha realizado toda su formación de pregrado y posgrado en este lugar, fortaleciendo esta pertenencia institucional basada en el esfuerzo y el aprendizaje por rebosamiento.

Esta pertenencia se replica para quienes se forman en el IMSS, pero este reconocimiento se funda en la representación de que en sus instituciones hay un mayor cumplimiento de la normatividad. Se considera que podrás tener menos práctica, pero que se adquiere una forma más organizada de trabajo y así tenemos personal médico que hace toda su carrera formativa y profesional en instituciones del IMSS.

En el caso del ISSSTE esta pertenencia institucional se encuentra más diluida, pues nadie quiere recordar que eligió un hospital que se considera “fácil” por tener menos demanda de atención. Esto se documentó durante la observación

del proceso de selección de hospitales y se reforzó en las entrevistas a profundidad a estudiantes que eligieron esta institución. *“Mi papá hizo su internado en el hospital civil y me decía 'no, yo no quiero que sufras, que no, que yo no quiero que esto, que aquello' y todos habían tenido la idea de que el hospital del ISSSTE es como de muy poco trabajo* (Entrevista medica interna de pregrado del hospital del ISSSTE, 17 de octubre 2018).

En lo que se refiere a la realidad operativa de estos hospitales, se puede afirmar que la demanda de los servicios varía de acuerdo con el tipo de atención, haciendo relativa la percepción de la demanda: en función de la atención obstétrica, sin duda el hospital de la SS se encuentra completamente rebasado con respecto al hospital del ISSSTE y el IMSS, pero en referencia a medicina interna, estos dos últimos se encuentran desbordados en relación con el hospital de la SS que no cubre la atención a complicaciones por enfermedades crónico-degenerativas.

Otro aspecto central del régimen profesional corresponde a la inserción en la jerarquía hospitalaria. Este aspecto está plasmado en la literatura desde mediados del siglo pasado (Merton K., Reader G.& Kendall P, 1957) y es un ordenamiento que forma parte de las maneras en las que médicas y médicos explican cómo te debes relacionar un hospital. *“El cirujano se oponía a que las enfermeras nos dijeran algo, decía '¿Cómo es posible que una enfermera te diga algo si es una enfermera. No tiene la misma educación que ustedes? Yo no dejo que ustedes me digan nada-”* (Entrevista a médico interno de pregrado del hospital del IMSS, 23 de septiembre de 2018).

Sin embargo, solemos creer que la jerarquía opera de forma lineal de acuerdo con la especialidad, puesto y/o profesión que se ejerce en el espacio hospitalario, cuando en la praxis se traduce en redes que se complejizan de acuerdo con las dimensiones de género, generación, clase y racialización; elementos que en la práctica trascienden la concepción en la que imaginamos que la jerarquía es una estructura fija y vertical.

Esto implica que el peso de la jerarquía puede multiplicarse o reducirse de acuerdo con estas membresías identitarias, en las que el género es sin duda un marcaje clave para entender estas variaciones, pero también la apariencia física y el capital cultural que supone la pertenencia de clase. Es decir, no basta con saber a quién obedecer: hacerse MIP implica navegar en estas redes de acuerdo con las membresías y exclusiones que se van imbricando con su condición subordinada frente a médicos generales y médicos especialistas.

En este escenario, las dimensiones como el género pueden implicar alianzas masculinas que tejen redes por medio de la jerarquía, profundizando la subordinación de las mujeres que laboran como estudiantes o como especialistas en los hospitales. En esta misma lógica, la racialización y la clase social suponen ciertas ventajas en estas redes; ser hija o hijo de un especialista conocido y/o tener un tono de piel y una corporalidad que entra en los estándares de belleza hegemónica también influyen en cómo se navegará en esta red jerárquica. El trabajo de campo permitió documentar como la jerarquía no era piramidal sino que se conformaba por redes donde la pertenencia interseccional (Crenshaw, 2015) a dimensiones de privilegio y desventaja la volvían dinámica, procesual, contextual y fuertemente anclada a los marcajes identitarios de cada estudiante.

En este régimen profesional fuertemente jerarquizado se impone también el desencuentro médico-paciente como un distanciamiento con quien demanda el servicio hospitalario. Este desencuentro médico-paciente ha sido ampliamente descrito por la antropología médica en México (Campos, 2016), sobre todo desde la perspectiva de las y los pacientes, caracterizando las violencias que se hacen presentes y se inscriben en procesos sociohistóricos de larga duración.

En el hospital hay códigos en relación a cómo se debe tejer este encuentro, que de entrada se establece como desencuentro porque las y los pacientes y sus familiares son percibidos como posibles amenazas y en todos los casos como cargas de trabajo que condicionan esta vinculación conflictiva. El trabajo de campo permitió recuperar múltiples ejemplos de estos desencuentros, tanto en la observación durante la rotación en los servicios hospitalarios como en las entrevistas con médicas y médicos internos.

Cuando íbamos a visita tú ibas toda nerviosa... me acuerdo que la primera vez había dejado indicaciones en diálisis y pues nadie te dice nada, porque uno aprende solito. Llegaron y me dijo "eres una mujer incompetente, yo hago las indicaciones y no las pasaste en limpio" ... llegaba y regañaba a sus pacientes y les decía "si no se hace la diálisis se va a morir" y si la gente no se quería dializar, les decía "pues muérase". Yo prefería hacer cualquier otra cosa que pasar con ella ... me decía: "es que eres una floja, ni si quisieras sabes lo que estoy haciendo con mis pacientes" y yo, -doctora, yo paso todo, claro que sé qué hace con sus pacientes-" (Entrevista médica interna del ISSSTE, 10 de noviembre de 2018).

Es así como el régimen profesional promueve la internalización de una pertenencia institucional fundada en que la práctica te hace mejor médico, así como la comprensión y participación de una la jerarquía profesional permeada

por una red interseccional de opresiones y privilegios sociohistóricos, para cristalizarse en un desencuentro médico-paciente que tiene su origen en dicha jerarquía.

El régimen corporal

El régimen corporal que impone el hospital se manifiesta como una burocratización corporal que se materializa en la negación de las necesidades biológicas básicas de las y los estudiantes internos de pregrado, proceso que, en correspondencia, redundante en la despersonalización y burocratización de los cuerpos de las y los pacientes.

El uso del lenguaje médico y del uniforme blanco son los elementos corporales más evidentemente demandados, pero es la privación del sueño y del alimento la que cristaliza esta burocratización corporal.

“Es absurdo que nos creamos tan inteligentes y nos pasáramos cinco años estudiando cómo funciona el cuerpo humano para que aquí estemos atendiendo pacientes sin haber dormido, cuando nadie más que nosotros sabemos las implicaciones que eso tiene para cualquier cuerpo” (Diálogo con médico interno de pregrado del IMSS, Diario de campo, diciembre de 2017).

La organización de los horarios laborales del internado de pregrado, las guardias y posguardias se convierten en una frontera crítica, se descubre que por simple biología nadie puede acostumbrarse a no dormir, pero que el hospital lo demanda. De acuerdo con el servicio, las y los internos tendrán que estar en vigilia y en plena actividad durante la madrugada y después de alguna o ninguna hora de sueño, tendrán que cumplir con una nueva jornada de seis a doce horas durante el día. Llegan a tener treinta y seis horas de trabajo continuo que, en función de las necesidades del hospital, tendrán que realizarse en intervalos de uno, dos o tres días, según la distribución de las guardias.

Las negociaciones en torno al sueño y la comida son continuas en este periodo. Sacar las cargas de trabajo no sólo significa cumplir con la institución, con los pacientes y/o con el deber profesional, implica además contar con una hora más de sueño, implica tener oportunidad de comer algo que satisfaga la necesidad, el antojo y/o la sobrecarga calórica que a veces exige el mantenerse despierto. Estas dos necesidades primarias se convierten en una suerte de batalla física que parece nunca estar satisfecha. Esto hace que todos los castigos que se impongan en el periodo por incumplimientos que sean juzgados como tales por cualquier persona con mayor jerarquía, estarán ligados a lo corporal: no dormir, aumentar la carga administrativa, traer alimentos o no salir a comer.

Todos ellos pasando por la atención o desatención de estas necesidades primarias. Durante el trabajo de campo se documentó la existencia de un sistema de sanciones que forman parte de la formación hospitalaria y que se resume en el cuadro 1.

Las y los médicos internos son cuerpos que durante el internado de pregrado entran en un proceso de negación. No comer, no dormir y no ir al baño parecen las reglas de estos espacios. Durante el proceso de observación en las guardias, había un esfuerzo para invisibilizar estas necesidades sobre todo frente a las y los pacientes y sus familiares.

Convertirse en una pieza del engranaje en el contexto hospitalario da lugar a una transfiguración corporal permeada por la racionalidad burocrática que les sujeta a ellos y a sus pacientes en el ámbito institucional. Esta transfiguración tiene sentido en la hegemonía del submodelo corporativo de atención al que se refiere Menéndez (2016).

La conceptualización de “cuerpo burocratizado” se sustenta en las reflexiones de Butler en torno a la necesidad de entender a los *“cuerpos como el efecto de una dinámica de poder, de modo tal que la materia de los cuerpos sea indisociable de las normas reguladoras que gobiernan su materialización”* (Butler, 2002, 19). Esto en lo que se refiere a la construcción sexo-genérica, pero cuyas implicaciones fácilmente se puede extender a cada poder que dinamice /o constriña a los cuerpos, como lo hace la materialidad burocrática del hospital.

Cuadro 1. Sistema de sanciones hospitalarias

Trasgresión, error o incumplimiento	Tipo de sanciones
<p>Administrativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Errores en el registro de información en el expediente clínico. -Retrasos en la elaboración de censos antes de la presentación de pacientes a las 7 de la mañana. -Retrasos en la elaboración de egresos hospitalarios. -Retrasos en el trámite de riesgos de trabajo (servicio de urgencias del IMSS) -Errores en notas de ingreso y egreso hospitalario. -Errores en la elaboración de recetas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Amenaza verbal de recibir un “castigo” que puede o no concretarse. -Regaño verbal con o sin insultos directos dirigidos a reforzar un sentimiento de inutilidad e ineficacia. -Indiferencia, ignorar públicamente a la persona que incurrió en la “falta”. -Carga de trabajo extra relacionado con el error identificado. -Guardias de castigo que implican extender los turnos laborales, especialmente los nocturnos, dando lugar a la expresión de “me dejaron guardado”. -Compra de alimentos (pasteles, refrescos, café, panes, tamales, tacos, pizzas, entre otros) para compartir con el equipo involucrado con el “error”. -Golpes, en las áreas quirúrgicas es habitual golpear con las pinzas las manos de los MIP que fungen como ayudantes de cirugía, en otras áreas también se suele tocar el cuerpo con rudeza para hacer notar la disposición corporal que requiere tal o cual procedimiento. -Reportes administrativos dirigidos al área de enseñanza del hospital. La acumulación de reportes puede derivar en la expulsión. -Marcaje personal: Convertirse en el centro de atención de un superior jerárquico por la acumulación de incumplimientos o por simple antipatía.
<p>Clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Errores en la presentación del paciente. -Errores en la toma de gasometrías. -Errores en las maniobras de atención obstétrica -Errores en maniobras de oxigenación manual. -Errores durante procedimientos quirúrgicos. -Retrasos en la realización de curaciones o procedimientos de baja complejidad de las y los pacientes en piso. 	
<p>Rutas de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Errores y/o retrasos en la gestión de interconsultas, laboratoriales y disposición de sangre para la atención. -Errores y/o retrasos en la preparación “administrativa” de pacientes para la realización de procedimientos quirúrgicos. -Errores en la detección y reporte de urgencias en los servicios. 	
<p>Ubicación espacial:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Desplazarse con rapidez entre los servicios del hospital. -Desplazarse adecuadamente (sin contaminar, ni estorbar) en las áreas quirúrgicas. 	
<p>Presentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Portar el uniforme “correctamente”. -Los hombres deben traer el cabello corto. -No presentarse bajo los efectos del alcohol u otra droga. 	
<p>Horarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Llegar tarde al hospital. -Dormirse durante las guardias cuando no se han terminado los pendientes. - “Desaparecer” del servicio durante el turno. 	
<p>Jerarquía:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ignorar y/o desobedecer indicaciones directas de sus “superiores” jerárquicos. -Errores en la adaptación al estilo de atención del personal médico adscrito y/o residente del turno. 	
<p>Género:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Expresiones emocionales ligadas con lo femenino (llanto, sensibilidad, vinculación “excesiva” con los pacientes). -Ignorar o poner límites a las insinuaciones sexuales de los superiores jerárquicos (se encuentra institucionalizado que se debe acceder o al menos seguirles el juego “simpáticamente”). 	

Fuente: Elaboración propia con datos recuperados en campo.

Nacer y morir también se convierten en procesos administrativos en los hospitales.

“El trato es automatizado, yo creo que el problema es la carga del trabajo...varias pacientes son tratadas como un objeto porque es como que -ya debe de nacer porque si hay pacientes en la mañana el adscrito de la mañana se va a enojar y nos va a castigar, va a estar mentando madres, nos va a va a pedir de comer y se va a enojar tenemos que hacer que nazca- y se inducen todos los partos” (Entrevista Médico Interno de Pregrado, 14 de octubre de 2018).

Es fundamental que cada quien ocupe su lugar, se trata de seguridad, de facilitar el desplazamiento y realizar las intervenciones necesarias para cumplir con los horarios.

Con el régimen corporal, el cuerpo de las y los estudiantes se burocratiza, aprende a moverse con un ritmo entre los pasillos, a ahuyentar a los “pendientes” en los que se han convertido pacientes y familiares con un solo gesto de indiferencia. Esto se refuerza si recordamos que para la medicina occidental el paciente es *“sujeto de su enfermedad; es decir...se trata de un caso;... es el accidente de su enfermedad, el objeto transitorio del cual ésta se ha apropiado”* (Foucault, 2001, 92). En los hospitales estudiados se aprende a no contaminar, a no estorbar, a atravesarse solo del lado indicado, se aprende a ser la mano visible del Estado que te procura cuidados y descuidos burocratizados.

Régimen emocional

El hospital también impone un proceso de burocratización emocional, se instauran reglas no escritas que definen qué despliegues emocionales son válidos y cuáles no, así como qué clase de vínculos pueden o no establecerse con el resto del personal institucional, con las y los pacientes y con sus familiares. *“Las emociones son modos de afiliación a una comunidad social, una forma de reconocerse y de poder comunicar juntos, bajo un fondo emocional próximo”* (Le Bretón, 2013, p.71).

La vida emocional de las y los internos se ancla en el trabajo que se tiene que realizar y en las dificultades de lograrlo. Ante esto los momentos más complicados de este periodo tienen que ver con una emoción que se nombra “como sentirse inútil” (Diario de campo, septiembre de 2018). Sentirse así hace referencia a la frustración de no poder cumplir con las tareas “que te tocan, aunque no te enteres de cuáles son hasta que viene el regaño” (Diario de campo, septiembre de 2018). Se trata pues de una emoción que erosiona a nivel muy íntimo y parece ser una respuesta que forma parte de la burocratización del

mundo emocional de las y los internos, pues todo el entorno comunica este mensaje de inutilidad. Se trata de una emoción promovida por el entorno hospitalario y por eso forma parte de este régimen.

“Yo lloraba porque me sentía inútil, yo decía es que sí es cierto tienen razón, desperdicié 5 años de mi vida, no aprendí nada en la escuela, eso no tenía nada que ver lo que yo veía en la escuela, que la molécula de la hemoglobina, que cuánto tiempo, que el ciclo de Krebs. Todo eso ya no existía pues en ese mundo. Yo decía -no manches, es que yo no sirvo para esto- ... pensaba que yo era el único, pero mis compañeros también, yo lloraba porque me sentía inútil, de que yo no era lo suficientemente bueno, aunque yo hubiera sido el mejor en la escuela no hubiera tenido nada que ver” (Entrevista a médico interno de pregrado del hospital del IMSS, 29 de octubre de 2018).

Otra emoción que forma parte de esta regulación emocional es el enojo, que se convierte en una de las expresiones permitidas, y se puede decir que hasta estimuladas, por el escenario hospitalario. Esta expresión tiene como contraparte una restricción concreta, “los médicos no lloran por sus pacientes”. En los entornos hospitalarios en los que trabajamos las lágrimas pertenecen al repertorio de pacientes y familiares, pero el personal de salud no puede llorar en público. Las miperas (lugares donde descansan y duermen los internos) y los baños son los espacios autorizados para esta manifestación emocional; frente a pacientes y familiares parecía aceptarse más un estallido de furia que uno de llanto.

“Ellos cometieron el error digamos de encariñarse de más con sus pacientes, igual, yo creo que jamás habían visto morir a alguien, pero esa misma noche estando solos ahí, empezó a ponerse mal el señor y falleció, entonces yo sí me di cuenta cuando ellos estaban a punto de llorar. Lo que hice fue meterlos a la oficina y ya cerré la oficina y ya yo me encargué de hacer todo, hablar con los familiares, todo pues y no dejaron de llorar, estuvieron llorando como unas dos horas creo. Un chico y una chica y ya cuando terminé con las cosas les di algo de cenar y ya se durmieron, sí les afectó pues. Los llevé a la oficina más que nada porque si los familiares ven que ellos lloran o se derrumban, no lo vayan a malinterpretar o algo así. Entonces ya los agarré y los metí a la oficina y ya les avisé a los familiares” (Entrevista a médico interno de pregrado del hospital de la SS, 9 de mayo de 2019).

Mediante el trabajo de campo fue posible documentar cómo el enojo se asociaba a una emoción propia del poder y el llanto era percibido como sinónimo de debilidad y culpa. El relato etnográfico compartido muestra la preocupación de que este llanto fuera interpretado como signo de debilidad y culpa. En la formación hospitalaria a la que nos aproximamos nadie quiere que alguien

débil y culpable se haga cargo; se prefiere la violencia del enojo porque el enojo parece acompañar al que sabe lo que hace, de modo que se exige que el vínculo emocional con las y los paciente se transfigure normalizando el enojo como una emoción permitida en el entorno hospitalario. A este respecto era usual que las y los internos normalizaran que los buenos especialistas son aquellos que conjugan esta agresividad con la eficiencia técnica.

“El mejor médico que conocí era muy violento con sus pacientes, él no se encariñaba, pero el sí los sacaba adelante, no como las médicas internas que les hablaban muy bonito y les mandaban hacer muchos estudios nada más porque no tenían el valor de decirles a los familiares que ya no había solución” (Entrevista médica interna del IMSS, 9 de septiembre de 2018).

Como puede notarse, esta interpretación y exigencia emocional también se relaciona con el género; con frecuencia se reprocha a las estudiantes que su sensibilidad estorba y que hay que aprender a endurecerse, se celebra el distanciamiento emocional como un atributo considerado masculino.

“La naturalización de las emociones en la mujer y la razón en el hombre se concretaron en la sinécdoque de mujer-corazón-emoción y hombre-cerebro-razón, hecho que ha formado parte del capital cultural y simbólico de las sociedades occidentales en relación con los géneros femenino y masculino” (López-Sánchez, 2002, 6).

Se pudo documentar que de las y los médicos no se espera sensibilidad, sino efectividad técnica. Cuando un interno o interna lloran por un paciente, se trata de una noticia que circula en los servicios por que pareciera una anomalía que es necesario atender, pues se sale de lo que se espera al burocratizar las emociones. En este mismo tenor se regulan los vínculos emocionales que podrían tejerse con los pacientes y sus familiares, relaciones que se viven como francas amenazas para el desempeño del trabajo; no hay tiempo para detenerse a resonar con su dolor, y hacerlo iría en detrimento de lo que implica convertirse en médico.

En lo que se refiere a los vínculos entre el personal hospitalario, se toleran las relaciones sexoafectivas entre los médicos adscritos y las estudiantes, así como las relaciones de los estudiantes con las enfermeras; se normaliza la existencia de estas relaciones siempre y cuando no subviertan las jerarquías profesionales pautadas por el género. Se asume que estas relaciones tendrán lugar en el hospital y que no tendrán implicaciones mayores después del año de formación hospitalaria, a pesar del conflicto de intereses y el abuso en las que suelen fundarse.

“Hay compañeras que saben que son bonitas y les siguen la corriente a los doctores para tener ventajas, así están acostumbradas y les va bien, pero a mi no me gusta ser así, hay que cuidarse, luego creen que eres bonita, pero tonta y no te toman en serio” (Entrevista a médica interna de pregrado del hospital del IMSS, 9 de septiembre de 2018).

Durante el trabajo de campo y con las entrevistas a médicas internas fue posible recuperar la representación de que las mujeres podrían “acceder” a cierto intercambio de “coqueteos” con los especialistas a cambio de algún beneficio, mostrando que en la formación hospitalaria se normaliza la objetivación de las mujeres y se dificultan los procesos de reconocimiento y denuncia del acoso sexual que forman parte del proceso, pues se les responsabiliza a ellas y en ningún momento se cuestiona el abuso de poder de los especialistas. Hay cirujanos que son capaces de no programar ningún evento quirúrgico en una guardia con tal de que una interna “bonita” acepte su “invitación” a cenar. Las y los colaboradores dieron múltiples ejemplos de cómo las mujeres podían jugar estas cartas, pero terminaban siendo responsabilizadas por acceder a estas interacciones, invisibilizando así el comportamiento violento de los médicos que planteaban estos intercambios.

Escenarios de acoso también han sido recuperados en investigaciones como las de Castro (2014) en los procesos de formación hospitalaria en México. En uno de los hospitales la doctora de enseñanza fue clara desde el primer día con las y los internos. *“Doctoras aquí todos los adscritos son casados, t o d o s. Doctores dejen en paz a las enfermeras”* (Diario de campo, 7 de octubre de 2017). En esta sentencia se resume la representación de las relaciones eróticas en el ámbito hospitalario, las mujeres se convierten en víctimas o en “arpías aprovechadas” y los hombres en “galanes” a toda costa.

Es así que el régimen emocional incluye una serie de exigencias sobre las emociones que se permiten en el espacio hospitalario y las que se reconocen como muestras de debilidad e ineficacia, al tiempo que se establece el tipo de vínculos afectivos y sexoafectivos que pueden ser tolerados, aunque estos reproduzcan y materialicen violencias y estigmas en contra de las mujeres.

EL INTERNADO DE PREGRADO COMO PASAJE LIMINAL: MIEDO Y SACRIFICIO

Una vez descritos los *regímenes* que definen el trabajo hospitalario de las y los médicos internos de pregrado, es posible entender que esté encarnada en las y los estudiantes la representación de que el internado es un sacrificio necesario para convertirse en médicos y que no se articulen críticas sistémicas al exceso

de carga de trabajo que tienen que desahogar en un marco de descapitalización de los servicios públicos de salud.

Durante las entrevistas con frecuencia se expresaba el cansancio que imponen estos ritmos de trabajo, pero se normalizaban como cargas que se tenían que sobrellevar para convertirse en médico. El sentido otorgado a este pasaje se puede inscribir en la noción de ritual y sacrificio (Turner, 1988), que trasladado a este escenario contemporáneo permite identificar el peso simbólico y material que tiene la medicina en nuestro tiempo y geografías. El saber médico se ha burocratizado y es mediante el sistema público de salud que circula este rito de paso y cada prueba se recruce ante el desmantelamiento de los servicios.

Cumplir con el seguimiento administrativo de los pacientes, ser un enlace operativo entre áreas, adaptarse a rutinas y estilos de atención; apropiarse de una identidad institucional cuyo prestigio se basa en la carga de atención que supone más práctica y por ende más aprendizaje; insertarse en la jerarquía y situarse de acuerdo a la red en la que se involucran de acuerdo a su género, clase y racialización; asumir en los pacientes una otredad amenazante; burocratizar cuerpo y emoción; someter las necesidades corporales; asumir que no se sabe nada, que no se es nada; transmutar el llanto en enojo. Todo esto por un año y en horarios intercalados de 12 a 36 horas, ¿por qué no desertan, por qué no se organizan para cambiar las condiciones?

Básicamente, porque quejarse serían un símbolo de no estar dispuesto al sacrificio, y en México, este ritual de inmolación significa transmutar de estudiante a médico practicante. Cabe destacar que la dureza de este proceso depende de qué tan saturado está el hospital en el que se realice el proceso formativo, pero la certeza de que a mayor práctica, mejor formación, hace de estos hospitales los más demandados. Fórmula que ha permitido desahogar procesos operativos para los que no basta el personal contratado y de base en los hospitales.

Las y los estudiantes de pregrado y posgrado se han convertido en trabajadores que solventan la falta de recursos humanos en salud, dejando en segundo plano sus actividades de aprendizaje. La “mentoría” tutorial de los médicos a cargo de su aprendizaje clínico se convierte en una simulación. El proceso de desahogo de la saturación de los servicios implica la concreción de tutorías no planeadas que materializan un currículum oculto basado en prácticas y ritmos de trabajo pautados por los regímenes hospitalarios que se han descrito: se aprende a “sacar el trabajo” (Diario de campo, noviembre de 2018), a terminar los pendientes, a tratar a las y los pacientes como cargas laborales y a desenvolverse en el mundo burocratizado del hospital.

Se espera que con el paso del tiempo las y los estudiantes hayan transformado su lenguaje, así como su manejo corporal y emocional, más allá de cualquier aprendizaje clínico específico. De este modo, el internado hospitalario de pregrado implica una inserción laboral mediada por regímenes hospitalarios que privilegian las actividades laborales sobre la enseñanza y que cristalizan la representación social del sacrificio como un requisito indispensable para concretar las esperanzas que se tejan alrededor de convertirse en médico.

Ante este escenario, el miedo resulta ser una emoción previa a la inserción hospitalaria, emoción que desde el punto de vista ritual (Turner, 1988) representa un rasgo distintivo para las personas que inician un pasaje liminal: en este caso dejarán de ser estudiantes universitarios para convertirse en médicos internos de pregrado, un estadio liminal que tiene que atravesarse para ser reconocido como profesional médico.

“Tenía miedo por las cosas que decían porque todos decían cosas horribles del internado. ...un compañero que era más grande que yo ... estaba afuera del hospital como a las 7 de la mañana tomándose una coca ... me dice -no sabes lo que quisiera yo volver a estar en la facultad, esta cosa está bien pesada... yo lo vi mal, yo lo recordaba como una persona tranquila, que le gustaba esforzarse y ahora lo veía como que encabronadísimo, enojadísimo... yo lo vi muy tronado y entonces como que me dio miedo” (Entrevista médico interno de pregrado del hospital del IMSS, 18 de octubre de 2018).

Lo que se busca es ordenar el comportamiento sociocultural de las y los estudiantes de medicina y este internamiento constituye todo un ritual iniciático, esto demanda un sacrificio, pero sobre todo supone el convencimiento de que hay que ofrecerse al sacrificio. McLaren (1995) ahonda en la profunda huella que tienen los rituales escolares en la vida de los estudiantes y para la profesión médica el trabajo hospitalario constituye una meta irrenunciable inscrita en la promesa de ascenso social que supone la profesionalización en México.

El sacrificio que se impone mediante el cumplimiento de los regímenes hospitalarios sacraliza las violencias institucionales que se encarnan en el proceso y las dinamiza en un rito de paso fragmentado en 365 pruebas, una por día de internado hospitalario; no era raro que las y los estudiantes fueran tachando cada día en sus calendarios.

En este año de inserción laboral se sedimentan formas de ser y hacer que condicionarán el ejercicio clínico de por vida y enmarcarán las contradicciones y resistencias que acompañarán a estos profesionales. De acuerdo a la consonancia identitaria con los valores y prácticas consagrados en este proceso, se determinará el grado de reproducción de estas violencias y las maneras de ejercer la

medicina de estos estudiantes: los más disonantes tendrán más problemas para adaptarse y por ende será más difícil que sean exitosos en su trayectoria profesional.

La disonancia y consonancia identitarias se enmarcan en los paisajes de género, racialización, etnia y clase social que conformen las trayectorias biográficas de las y los estudiantes, dando lugar a un crisol de posibilidades que materializan las contradicciones, reproducciones y resistencias con las que se enfrentan a estos sacrificios. Por ejemplo, el contar con una red material y emocional de apoyo representa ventajas incuestionables para este periodo.

El sacrificio y la esperanza como significados constituyentes del proceso son recordatorios de que todo el esfuerzo redundará no solo en la certidumbre laboral, sino en el orgullo, retribución y abrazo a sus familias de origen. Se trata pues de personas que adquieren el estatus de proyecto, de promesa, de apuesta simbólica y material: es esto lo que retrata el significado actual del acceso a la profesionalización médica en esta geografía y esto resuena con las reflexiones de Byung-Chul (2014) sobre la sociedad contemporánea. *“Hoy cada uno es un trabajador que se explota así mismo en su propia empresa. Cada uno es amo y esclavo en una persona. También la lucha de clases se transforma en una lucha interna consigo mismo”* (Byung-Chul, 2014, 9).

EPÍLOGO

Esta aproximación antropológica condujo a un proceso de sistematización y triangulación teórica de los datos históricos, sociodemográficos y etnográficos recuperados durante las etapas del trabajo de campo en los tres hospitales de la capital oaxaqueña, y con ello al planteo de los principales hallazgos:

Durante la consolidación y posterior descapitalización del sistema de salud mexicano, el internado hospitalario de pregrado se ha convertido en una inserción laboral precariamente remunerada que, en la operación, normaliza estos periodos de invisibilización laboral como ritos de paso para licenciarse en medicina.

El internado hospitalario de pregrado implica una inserción laboral mediada por regímenes hospitalarios que privilegian las actividades laborales sobre la enseñanza, y que cristalizan la representación social del sacrificio como un requisito indispensable para convertirse en médico.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y a la Universidad Nacional Autónoma de México que permitieron a Aitza Miroslava Calixto desarrollar esta investigación doctoral como becaria (CVU 414688) en el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud cuyos resultados se presentan en el presente artículo.

REFERENCIAS

- Apesoa-Varano, E.C. y Varano (2014) *Conflicted Health Care: Professionalism and Caring in an Urban Hospital* Nashville, Tennessee: Vanderbilt University Press.
- Becker, H., Geer B., Hughes, E. y Strauss A. (1961). *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bourdieu, P. y Passeron, J.C. (1996), *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*, México: Fontamara.
- Butler, J. (2002), *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo*, Buenos Aires: Paidós.
- Byung-Chul, H. (2014), *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*, Barcelona: Herder.
- Castro, R. (2014). Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colectiva*, 10 (3), 339-351. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652014000300005
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001&lng=es&tlng=es.
- Campos, R. (Coord.) (2016) *Antropología médica e interculturalidad*, México: McGraw Hill Education / Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Crenshaw, K. (2015). *On Intersectionality: The Essential Writings of Kimberlé Crenshaw*. USA: The New Press.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2020), *Informe de pobreza y evaluación 2020*. Oaxaca. Ciudad de México: CONEVAL.

- Foucault, M. (2001), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- Frenk, J., Hernández-Llamas, H. y Álvarez-Klein, L. (1982), Análisis histórico del inter-nado rotatorio de pregrado en México, *Educación Médica* (2), 87-96. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1983%20v119%20n2%20%5B87-96%5D.pdf
- Gil-Montes, V. (2004), *Ethos médico: las significaciones imaginarias de la profesión médica en México*, México: UAM.
- Good, B. y Del Vecchio, M.J. (2000), "Fiction" and "Historicity" in the Doctors' Stories: Social and narrative dimensions of learning Medicine", en Mattingly, C. y Garro, L. (Eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and Healing* (50-69), Berkeley, University of California Press.
- Hernández-Vargas, C.I.; Dickinson, M.E. y Fernández Ortega, M.A. (2008), El síndrome de desgaste profesional Burnout de los médicos mexicanos, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* (5), 11-14. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un081c.pdf>
- Le Bretón, D. (2013). Por una antropología de las emociones. *Cuerpos, Emociones y Sociedad* (10), 67-77.
- López-Arellano, O., Jarillo-Soto, E. (2017), La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano, *Saúde Pública* (33), 1-12 . Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00087416.pdf>
- López-Sánchez, O. (2002), *La pérdida del paraíso. El lugar de las emociones en la sociedad mexicana en los siglos XIX y XX*, México: UNAM.
- McLaren, P. (1995), *La escuela como un performance ritual: hacia una economía política de los símbolos y gestos educativos*, México: Siglo XXI.
- Menéndez, E. (1992) "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en Campos, R. (Comp.) *La antropología médica en México. Tomo 1* (97-114). México: Instituto Mora / Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (2016) "Modelos hegemónico, subalterno y de autoatención" en Campos, R. (Coord.) *Antropología médica e interculturalidad* (177-185). México: McGraw Hill Education / Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Merton, R.; Reader, G. y Kendall, P. (1957), *The Student-Physician: Introductory studies in the sociology of medical education*. Boston: Harvard University Press.
- Mintzberg, H. (1991), *Diseño de organizaciones eficientes*, Buenos Aires: El Ateneo.

NOM-234-SSA1-2003 (2005), *Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado*, Distrito Federal: Diario Oficial de la Federación.

Reyes, A.; Medina, M.T.; Mesa, X.; Paredes, Y.; Barahona, Y.; Sierra, M. (2012), Estudio de síndrome de “Burnout”, depresión y factores asociados en los practicantes internos del Hospital Escuela, *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* (9), 14-20. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2012/pdf/RFCMVol9-1-2012-4.pdf>

Turner, V. (1988), *El Proceso Ritual*, Barcelona: Taurus.

Weber, M. (1983), *Economía y Sociedad: esbozo de sociología comprensiva*, México: Fondo de Cultura Económica