

III Congreso Uruguayo de Sociología

SER MÉDICO EN EL INTERIOR DEL PAÍS: LAS INTERACCIONES SOCIALES EN TORNO AL SELF.

**Soc. Alejandra Toledo Viera
Instituto de Higiene, FMED-UDELAR**

INTRODUCCIÓN

Durante 2011 y 2012, desde la Unidad de Sociología de la Salud de Facultad de Medicina (UDELAR), se desarrolló una investigación cuyo objetivo era identificar y comprender los elementos que facilitan y/u obstaculizan la radicación de los médicos en el interior del país, en un contexto de fuerte concentración de los profesionales médicos en la capital.

En este marco se realizaron grupos de discusión, en los cuales participaron estudiantes de grado de medicina, estudiantes de posgrado de las especialidades vinculadas al primer nivel de atención (Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría y Ginecología), así como Médicos Generalistas y egresados de las especialidades mencionadas.

A punto de partida del material empírico disponible, la intención de este trabajo es retomar parte de hallazgos y revisarlos a la luz de las herramientas conceptuales ofrecidas desde el Interaccionismo Simbólico (IS).

Concretamente el objetivo es reflexionar –a partir de uno de sus conceptos centrales: el self –, sobre los procesos sociales involucrados en el desarrollo y en la presentación del ser médico. En particular, dichos procesos se analizarán en tres contextos distintivos: (1) la formación profesional en Facultad de Medicina, (2) la interacción social con otros colegas y (3) con los usuarios de los servicios de salud.

(1) EL SELF MÉDICO DE FACULTAD DE MEDICINA Y EL SER MÉDICO EN EL INTERIOR

La formación médica en el Uruguay tiene la particularidad de ser detentada de manera casi exclusiva por la Facultad de Medicina (Universidad de la República), cuyas actividades de formación de grado, posgrado y educación médica continua se encuentran centralizadas en la capital del país. Sumado a esto, los procesos de docencia-asistencia se han concentrado históricamente en el ámbito hospitalario, por lo tanto las condiciones asistenciales (recursos humanos, infraestructura, tecnología insumos, etc.) en las que son formados los médicos no son replicables a escala nacional, ni para los distintos niveles asistenciales.

En este contexto tienen lugar los procesos de interacción social de donde se derivan los significados¹ atribuidos a los distintos objetos que entran en juego en la práctica médica y en particular, el significado del propio rol del médico.

La impronta rutinaria y el medio social acotado donde este proceso de interacción se desarrolla, permite caracterizar al rol médico a partir de ciertos atributos y expectativas relativamente estables (identidad social virtual, siguiendo a Goffman²), que ofrece a quienes asumen dicho rol un marco interpretativo y evaluativo de su acción y de la de sus colegas.

Siguiendo las referencias de Hughes y Becker et al³, a lo largo del proceso de interacción que supone la formación médica tiene lugar una progresiva interiorización de los significados, atributos y expectativas del rol médico hasta su constitución como self (caracterizado en este caso, por una impronta montevideana y hospitalaria).

“...al que le gusta hacer medicina, se recibe de Médico, luego se engancha con su especialidad, con la tecnología, con los estudios que podés hacer en Montevideo, con todo lo que podés hacer de la medicina que en el interior no lo podés hacer...”

“Hiciste una residencia, hiciste una jefatura de clínica y luego volvés a un departamento del interior, a una ciudad como esa, ¿para aplicar qué medicina? Digo, si te interesa la profesión”.

Durante el proceso de formación médica es posible identificar distintas instancias donde los estudiantes no sólo son socializados en relación al self médico, sino también sobre las restricciones para representarlo de manera adecuada en el interior del país.

Una primera instancia socializadora (previa a todo contacto con la práctica clínica) refiere a la recurrencia por parte de los docentes de la metáfora de “Palo Solo”⁴. Dado que el self del médico se desarrolla y sustenta en un contexto de interacción muy específico (muy montevideano), a partir la metáfora de “Palo Solo” se busca representar todo aquel contexto que no ofrece las mismas posibilidades de interacción con otros individuos (otros colegas) u objetos (insumos, tecnología e infraestructura) y que por lo tanto, implican un debilitamiento o disminución del self.

- Te dicen en los teóricos: “Cuando estén en Palo Solo”
- Te lo dicen muchas veces...
- Pero mirá que lo dicen despectivamente. Si vos no sos bueno vas a terminar trabajando en Palo Solo.

¹ Blumer, H. (1982) Interaccionismo Simbólico. Perspectiva y método. Ed. Hora, Barcelona.

² Goffman, E. (2006) Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu, Bs. Aires.

³ Castro, R. (2011). Teoría Social y Salud. Lugar Editorial, Buenos Aires.

⁴ Palo Solo es una localidad del departamento de Soriano (suroeste del país) conformado por 170 habitantes (Censo 2011), una escuela, una iglesia y un destacamento policial.

- *Es una cosa que se te viene como repitiendo durante toda la carrera*
- *Somos de diferentes generaciones y siempre es lo mismo*
Moderador: ¿Se refiere al interior urbano o al interior rural?
- *Se refiere a salir de Montevideo.*

Una segunda instancia tiene lugar cuando los estudiantes participan en los procesos de interacción entre profesionales médicos durante la práctica docente-asistencial, concretamente cuando son referidos pacientes del interior a Montevideo. En ese marco, la capacidad de dar resolución a determinados casos clínicos por parte del médico es interpretada por el docente -quien define la situación- como una expectativa asociada al rol, por lo tanto, el traslado implica un incumplimiento de lo esperado. Dado que el médico que refiere no tiene capacidad de definir la situación en la que dicho traslado es interpretado, indefectiblemente da lugar a un deterioro de un self que no necesariamente es específico (el Dr. Fulano) sino genérico (el del médico del interior).

“Yo me acuerdo, siendo interno, que hice el traslado de un paciente a Montevideo con el pase de la pediatra del lugar. Cuando le presento el paciente a la médica de guardia de Montevideo me dice: “a ver, contános que nos vamos a matar de la risa”. Así me recibió, me acuerdo tal cual. Cuando volví le dije a la pediatra que me mandó: “mirá ésta fue la forma en que me recibieron en Montevideo”.
“Pensá que ese muchacho que se está formando en Montevideo y escucha esos comentarios, hacen que vaya abandonando la idea de irse al interior”.

Una tercera instancia refiere a la rotación que los estudiantes realizan por los servicios de salud del interior del país durante su internado. Dado que la misma transcurre en el último año de formación, los self médicos que en general han sido exitosamente interiorizados a lo largo de la carrera suelen entrar en tensión.

“... los internos vienen con el esquema formado de Montevideo y acá se encuentran con otra realidad, acá hay que llamar al radiólogo porque el radiólogo no está dentro del hospital, hay que llamar al cirujano que son guardias de reten que obviamente van a demorar un poquito más de lo que demoraría en el Clínicas o en el Pereira Rossell, tá, se encuentran con ese panorama”.

Los atributos y expectativas internalizadas, a partir de las cuales los estudiantes interpretan y evalúan su desempeño y el de los demás, no son adecuados a los contextos de interacción que plantea el interior para la práctica clínica. Dicha situación plantea una tensión entre el yo y el mí que puede ser resuelta de dos formas:

a) Que el mí prevalezca sobre el yo. La primacía del otro generalizado, la cual da lugar al cuestionamiento de las condiciones que ofrece el interior del país para la práctica médica.

b) Que el yo prevalezca sobre el mí. En la medida que el componente de innovación y cambio social reside en el yo⁵, esto da lugar a un cuestionamiento de la formación médica como instancia socializadora del mí y por ende, una tendencia a reconstruir el otro generalizado.

Sin embargo, al incorporar a la reflexión la dimensión del poder (y por ende, la asimetría en la capacidad de negociación) entre los actores involucrados en la interacción (docentes- estudiantes) es razonable pensar que dicha tensión se resuelve reforzando la prevalencia del mí y tratando de evitar la práctica clínica en contextos que lo pongan en cuestión.

(2) LA INTERACCIÓN -PUGILÍSTICA- ENTRE COLEGAS

La revisión de los discursos de los médicos a la luz del IS permite una interesante relectura de los hallazgos encontrados. Resultan particularmente útiles los conceptos de Goffman⁶ vinculado al estigma como respuesta a la distancia entre la identidad social virtual y la identidad social real.

De parte de los médicos de Montevideo hay un constante proceso de estigmatización del médico del interior, el cual es fundado en la distancia entre el self formado en Facultad de Medicina y el self realmente ejercido en el interior del país, particularmente en dos dimensiones consideradas clave del ejercicio del rol médico: la actualización permanente y las condiciones para la práctica clínica.

En cuanto a la actualización profesional, emerge la imagen del “achanchamiento” como expresión del estigma atribuido a los médicos del interior. En este proceso, más allá de la consideración de las restricciones a la que éstos se enfrentan⁷ hay una sanción vinculada al no cumplimiento de lo que se espera de ellos: estar permanentemente actualizados.

- *Hay un tiempo prudencial que uno demora en actualizarse. Podés haber pasado una etapa de tu vida pero...*
- *Todos demoran pero ¿hace 20 años que tuviste tiempo para leer algo y no lo leíste?*
- *Hay un achanchamiento general*

En cuanto a las condiciones para la práctica clínica en el interior del país -en la medida que los médicos de Montevideo dirimen la tensión entre el yo y el mí a favor de éste último- hay una fuerte impugnación de las condiciones existentes (siendo adjetivadas como primitivas, elementales, caseras) que se deriva en una impugnación de aquellos profesionales que están dispuestos a ejercer profesionalmente en tales condiciones.

⁵ Ritzer, G. (1993). Teoría sociológica contemporánea. Mc Graw-Hill, Madrid.

⁶ Goffman, E. (2006) Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu, Bs. Aires.

⁷ La mayoría de las actividades de formación de posgrado y Educación Médica Continua se centralizan en Montevideo.

- ...la medicina en el interior es mucho más elemental, salvo en ciertos lugares como Maldonado, Salto, Tacuarembó

- ... sí, es mucho más elemental, más sencilla y nadie se cuestiona que sea así de sencilla, es como más, más primitiva. Te puedes adaptar o no.

En suma, esta serie de incumplimientos de las expectativas asignadas al self médico dan lugar a que aquel profesional que decide ejercer en el interior del país pueda devenir en un sujeto desacreditable. Por lo tanto, la decisión de radicarse o retornar⁸ al interior puede ser sopesada en términos de protección/desprotección del self.

En contrapartida, los médicos que residen y ejercen en el interior realizan distintos intentos de mejorar la definición de la situación dada, de modo que su self no salga tan vapuleado. En lo que refiere a la formación de posgrado y a la educación médica continua, se plantea un cuestionamiento de la utilidad de dichas actividades, en la medida que sus contenidos no contemplan ni se adecuan a la práctica médica que allí se ejerce.

- ... yo me río porque en uno de los cursos de actualización que hubo, una de las charlas las dio un otorrino y él hablaba de que en todo consultorio había endoscopia, yo me empecé a reír porque en realidad de algunos departamentos que tenga eso, será Salto (pero la mayoría no es así) pero un endoscopio no existe, no hay otoscopio voy a tener endoscopia.

Por otro lado, en lugar de centrarse en las condiciones para la práctica clínica en el interior, ponen en cuestión las destrezas de los médicos de Montevideo, cuya capacidad de resolución se encuentra mediada por las condiciones materiales que ofrece la capital. En contrapartida, existe un intento por idealizar la capacidad resolutoria del médico del interior, la cual se sustenta en sus propias destrezas como médico y no en los recursos e infraestructura que dispone.

- De repente el mejor emergencista del Clínicas (Hospital Universitario en Montevideo) tú lo llevas al medio de la ruta 56 y no puede tomar decisiones.

- ... cuanto más lejos trabajas, más al campo te vas, es más responsabilidad, porque ahí ya tenés que contar con otra experiencia, sos tú el que tenés que resolver un paciente, si derivás, si no derivás, si lo envías a domicilio, no tenés un montón de apoyo que lo tenés en la ciudad.

Más allá de las estrategias que cada uno de los actores despliega en torno a la protección de su self, en tales procesos no parece haber una reafirmación del yo que permita una modificación de los procesos sociales involucrados en su definición. Al respecto, emerge como hipótesis si -a diferencia del mayor predominio del yo que visualizaba Mead en las sociedades modernas⁶- los procesos de socialización profesional del self

⁸ Históricamente, la relación de estudiantes provenientes del interior en relación a los de Montevideo es de 6 a 4.

médico no implican un predominio progresivo del mí, haciendo más dificultosa la posibilidad de innovar, aún así cuando el contexto lo requiere.

(3) MASTER STATUS: SER MÉDICO LAS 24 HORAS.

El concepto de máster estatus de Hughes, es decir "...la característica de un individuo que, a los ojos de los demás, tiende a dominar por encima de cualquier otra..."⁹ resulta ser un concepto de utilidad a efectos de analizar la centralidad que adquiere el self médico de acuerdo a la escala o dimensión del espacio social donde tienen lugar los procesos de interacción entre usuarios y médicos.

En concreto, el interior del país ofrece ciertas posibilidades en la interacción entre usuarios y médicos que habilitan que la condición de éste último devenga en su máster estatus. La interacción entre usuarios y médicos suele ser cotidiana y trasciende los límites del centro de salud: son vecinos, sus hijos van a la misma escuela, frecuentan al mismo mecánico del auto, etc. En este contexto, la condición de médico -en el interior del país- deviene en máster estatus, no tanto por las características distintivas del rol sino fundamentalmente por su visibilidad: todos saben que es médico.

Retomando el concepto de Hughes, para bien y para mal, en el interior del país es en definitiva la visible condición de médico la que "...moldea decisivamente la percepción que los demás tienen de él".

Para bien, en la medida que el prestigio atribuido al rol de médico trasciende el ámbito específico donde éste se ejerce, permeando el resto de las interacciones que tienen lugar por fuera del ámbito de la salud.

- *El doctor había invitado a gente de su pueblo a su casa. Estaba por sacar una mesa y cuando va a pasar por una puerta estrecha... ¡no doctor! dijo uno de los que estaba ahí, ¡por favor, sus manos!*

- *Le cuidaban las manos al doctor*

- *"Por favor, las manos del doctor" "La mesa la muevo yo" le dijo otro hombre.*

Para mal, en la medida que los atributos y expectativas vinculadas a su rol también permean el resto de sus interacciones, siendo médico las 24 horas. Recurriendo a los conceptos de Goffman¹⁰, esto le lleva a "actuar" su papel de médico más allá de las fachadas previstas generalmente para ello y por lo tanto, una exigencia casi permanente en cuanto al manejo de las impresiones de la audiencia, de modo que le sean favorables a su self.

- *... te vas a tomar cerveza y después te dicen: "ah mirá el Doctor tomando", entonces hasta tenés que cuidarte de las cosas. Vas a un baile y*

⁹ Castro, R. (2011). Teoría Social y Salud. Lugar Editorial, Bs. Aires.

¹⁰ Goffman, E. (1997). La presentación de la persona en la vida cotidiana. Amorrortu, Bs. Aires.

dicen: “ah mirá el doctor fue al baile”. En el interior tenés que cuidarte mucho y hay cosas que yo no las hago allá, que las tengo que venir a hacer acá (capital departamental) por el tema de qué dirá la gente...

En contrapartida, el contexto montevideano y de las grandes capitales departamentales otorga más margen al médico como para poder administrar en qué contextos de interacción por fuera del ámbito sanitario quiere que su condición profesional devenga en su principal característica.

EN SUMA

El objetivo de este ejercicio ha sido repensar los hallazgos obtenidos en una investigación culminada en 2012, a la luz de los aportes de distintos autores y enfoques enmarcados dentro del Interaccionismo Simbólico. Sin lugar a dudas, es necesario dedicar más espacio y profundizar mucho más en cada uno de los argumentos presentados, así como explorar con mayor detenimiento las potencialidades analíticas de los distintos conceptos utilizados. No obstante, el ejercicio realizado arroja luz sobre la pregunta que en su momento motivo la investigación realizada: ¿por qué los médicos no se radican en el interior del país?.

BIBLIOGRAFÍA

- Blumer, H. (1982) *Interaccionismo Simbólico. Perspectiva y método*. Ed. Hora, Barcelona.
- Castro, R. (2011). *Teoría Social y Salud*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Goffman, E. (2006) *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu, Bs. Aires.
- Goffman, E. (1997). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu, Bs. Aires.
- Ritzer, G. (1993). *Teoría sociológica contemporánea*. Mc Graw-Hill, Madrid.
- Hughes, E. et al (1984). *The sociological eye. Selected papers*. New Brunswick, U.S.A. Transaction Books.