

## **ESPECIFICIDAD DE LA MIRADA CLINICA ROL DEL CLÍNICO PEDIATRA Y SU RELACIÓN CON LOS ESPECIALISTAS**

Autora: Lic. Virginia H. Schejter

Presentamos la problemática y los primeros avances de un proyecto de investigación trienal, que fue acreditado en la Programación de UBACYT 1998-2000. El mismo tiene sede en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

### **LA INVESTIGACIÓN SE ORIGINA EN UN TRABAJO DE CONSULTORÍA**

Nuestra preocupación por investigar en profundidad la especificidad del enfoque que hace el clínico pediatra del paciente y la diferencia con las intervenciones que realizan los especialistas pediátricos, surge en el contexto del trabajo como consultora en Psicología Institucional en el Hospital de Pediatría "Juan P. Garrahan", desde su inauguración en 1987.

A partir de que en el Hospital se puso en práctica un modelo organizacional que tuvo como objetivo fundamental ofrecer una asistencia desde una mirada global del paciente, a través de la interrelación de clínicos y especialistas.

Con este objetivo este se organizó con tres características nuevas:

1) Una organización matricial del trabajo, en la que cada médico de la institución tiene una doble dependencia:

- del Servicio de su propia disciplina o especialidad
- del Coordinador clínico del sector (sala de internación o asistencia ambulatoria) donde está desarrollando su tarea.

2) Una internación en salas polivalentes (en las que se internan los pacientes independientemente de la patología que tienen), por cuidados progresivos: intermedios y moderados, o intensivos.

3) La Coordinación de la sala se puso a cargo de médicos clínicos y también la planta estable de profesionales. A pesar que se preveía que los especialistas serían asignados a una o más salas, para gestar el equipo interdisciplinario, en los hechos esto no se pudo concretar.

Esta modalidad de organización, diferente de la de los Hospitales tradicionales organizados en salas especializadas, en las que se habían formado la mayor parte de los médicos, llevó a los clínicos pediatras a tener que asistir pacientes con patologías que no trataban anteriormente porque eran internados en salas donde sólo había especialistas y pocas veces se consultaba a los clínicos sobre esos pacientes.

En las salas polivalentes el contacto cotidiano con especialistas que sí conocían con profundidad los caminos diagnósticos y terapéuticos para encarar las patologías que se asistían y lo lento y trabajoso que fue ir encontrando modos adecuados de trabajo en equipo con médicos de diferentes especialidades como había sido imaginado en el proyecto original, llevó a que los clínicos se replantearan cuál era su campo de conocimiento y de acción.

### **CRISIS DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL DEL CLÍNICO**

Consideramos que se planteó una crisis en la identidad profesional del clínico pediatra en un Hospital de alta complejidad, en el que la interconsulta a especialistas con un saber reconocido es accesible, además de ser lo esperado.

Los clínicos comenzaron a reelaborar las representaciones anteriores sobre su rol en el Hospital y a reinterpretar su puesto de trabajo.

Se comenzaron a interrogar sobre cuál era la función propia de su nuevo emplazamiento institucional e incluso, cuál el conocimiento requerido para el ejercicio de esa función.

La formación asistencial anterior, que había ido constituyendo su identidad profesional en el ejercicio mismo de su práctica hospitalaria, no era adecuada para la nueva organización y además, la mayoría carecía de formación para el desempeño de las tareas de coordinación e integración de equipos que les requería su nuevo rol.

En un primer momento algunos clínicos consideraron que el camino era profundizar en el conocimiento de todas las especialidades. De hecho esto ocurrió en cierta medida, a partir de la experiencia del trabajo con otros especialistas entorno a patologías complejas, aunque obviamente

encontró la limitación de la imposibilidad de abarcar todo el conocimiento especializado dada la continua y rápida expansión de la información relevante.

En un momento posterior, ante las dificultades para precisar su rol, algunos clínicos jóvenes eligieron especializarse y dejaron la Clínica Pediátrica.

En algunos sectores, en los que a pesar de la intención original de que las salas de internación fueran polivalentes se concentraron pacientes que tenían una misma patología o requerían de una misma terapéutica, se visualizó con más claridad una tarea propia del clínico. La de aportar una mirada integral del paciente y de su familia, cualquiera sea la patología y el nivel de complejidad. Perspectiva que no suele ser cubierta totalmente por los especialistas o que lo es solamente en algunas etapas del tratamiento.

En este contexto comenzaron a desarrollarse algunas Clínicas especializadas, por ejemplo la Clínica Oncológica y la Clínica Quirúrgica. Surgieron en el manejo cotidiano conjunto, de clínicos y especialistas, de pacientes que requerían de estos últimos como referentes fundamentales. Esto permitió profundizar en el conocimiento global de una sola o unas pocas patologías, conocer las complicaciones que requerían ser previstas, lo que convenía hacer y no hacer en cada caso.

La sala polivalente en cambio, llevó a adquirir un valioso conocimiento de muchas patologías. Pero fue sentido insuficiente para prever eventualidades y percibido como un aporte escaso al paciente.

En algunos casos los mismos clínicos creyeron que el paciente "era" del especialista "que sabía" sobre la patología principal del paciente y sintieron diluirse el sentido de su aporte al no poder definir con claridad el saber específicamente clínico.

Transitando esta experiencia, de modos desparejos, fueron delimitando un nuevo perfil de su rol y reelaboraron las representaciones anteriores sobre su puesto de trabajo. Pero en términos generales, los clínicos que en el proyecto original habían sido representados como los coordinadores de la asistencia, se sintieron administradores de diagnósticos y tratamientos pensados por otros.

Las dificultades compartidas generaron confraternidades que se configuraron en dos subgrupos, el de los "clínicos" y el de los "especialistas". En el subgrupo de los "especialistas" quedaron integrados tanto cirujanos generales como cirujanos especializados y clínicos especializados. Esta denominación que engloba saberes y prácticas muy diversas, muestra que el criterio de agrupamiento no estuvo realmente delimitado por el tipo de saber y de práctica, como pareciera por las denominaciones, sino que se diferenció entre los que se quedaron de modo estable en las salas de internación y los que no encontraron un lugar en ellas y se instalaron fundamentalmente en los consultorios externos y en las oficinas y lugares de estar de cada especialidad.

La necesidad de aclarar el ejercicio del rol del médico clínico trasciende la problemática que la organización particular de este Hospital pone de manifiesto. En las instituciones asistenciales donde el crecimiento de la especialización ha sido más importante, como, por ejemplo los Hospitales de atención exclusivamente pediátrica, la crisis de la identidad del médico general se hace más notable, esto se da, con más énfasis aún, en la atención de adultos en los centros asistenciales universitarios.<sup>1</sup>

## **LAS REPRESENTACIONES SOBRE LOS ROLES DE LOS MÉDICOS**

La historia de la Medicina como la de toda la Ciencia muestra períodos de análisis y períodos de síntesis.

En la segunda mitad del siglo XX hubo grandes transformaciones en la concepción popular y científica de cuidado del cuerpo y de los límites entre lo "sano" y lo "malsano". Asociada a una división y especialización del conocimiento científico, ante la imposibilidad de abarcar un sólo investigador la totalidad del espectro de la Medicina.

Las representaciones sociales y la valorización profesional sobre la consulta médica se trasladaron, del *rapport* de los pacientes con el "médico de familia", a los médicos que utilizan técnicas sofisticadas. Con un aumento del prestigio social y científico de estos últimos y una diferencia notable en la remuneración del trabajo de unos y otros.

El desarrollo de los especialistas se asoció a un fuerte crecimiento de la tecnología médica y a la búsqueda de certidumbres probabilísticas que hicieran previsible la evolución de las patologías.

En los hechos las consultas a veces son hechas paralelamente a especialistas en distintas patologías, con enfoques diversos que tienen una visión en túnel y que resuelven, gran parte de las veces, de manera aislada sin considerar la interacción de factores diversos y sin una visión global de la situación particular.

La complejidad de los problemas de la salud muestra la insuficiencia del estudio fragmentario de

especialistas para analizar los procesos y diagnosticar sus causas, dada la mutua dependencia e interconexión de los diferentes aspectos del ser humano, de la que no dan cuenta las consultas sucesivas o paralelas, desconectadas entre sí.

En este contexto resurgen representaciones sobre el rol del médico de épocas anteriores en las que el hoy llamado “médico clínico” o “médico general” y antes “médico familiar”, es la figura principal.

Este médico general es visualizado como el que debe asegurar una mirada global del paciente y a la vez, quien coordina las acciones de los especialistas que intervienen, constituyendo un equipo interespecializado e interdisciplinario que pueda pensar en conjunto, con una comprensión estructural del paciente y una asistencia con etapas de trabajo diferenciado y etapas de trabajo integrado.

Paralelamente, en la medicina institucional privada también resurge la presencia del médico general, pero en ésta, en general, el acento es puesto en disminuir los costos asistenciales. El clínico (pediátrico o de adultos) es ubicado en la “puerta de entrada” del sistema asistencial con el objetivo de evitar la consulta especializada y bajar el número de estudios diagnósticos complejos.

## **ROL IDEAL DEL CLINICO PEDIATRA**

A través de lo recabado en la bibliografía, en el trabajo de consultoría y en las entrevistas realizadas delineamos las características del “rol ideal” del clínico pediatra, según sus propios valores e ideales. Se sintetizan en que:

Realice una primer orientación en la consulta inicial, definiendo los objetivos asistenciales, jerarquizando y organizando los problemas a resolver y definiendo el área, sistema o aparato comprometido.

Haga el seguimiento y cuidado clínico a lo largo del diagnóstico y tratamiento.

Oriente en la resolución de problemas de la vida cotidiana relacionados con la enfermedad.

Enfoque preventivamente la situación, detectando indicadores de enfermedades potenciales e intervenga con acciones anticipatorias.

Establezca un vínculo con los pacientes desde una perspectiva global que atienda la salud en general, el desarrollo y crecimiento, tome al cuerpo como una unidad y considere la multideterminación etiológica.

Incorpore lo psicológico como causa, como consecuencia y como concomitante al síntoma.

Considere el costo afectivo de los estudios diagnósticos y tratamientos.

Incluya a la familia como informante, como causante y como continente. Evalúe sus potencialidades terapéuticas y le dé un lugar en el cuidado del paciente.

Brinde una asistencia personalizada, establezca una relación de confianza se interese por la vida del paciente y la familia.

Dedique tiempo a escuchar y a preguntar.

Valorice su opinión, acompañe y contenga.

Asesore en función de sus características, circunstancias y proyectos.

Los mantenga informados sobre modalidades diagnósticas, terapéuticas y pronóstico, explicando la patología en un lenguaje comprensible.

Tome decisiones reflexionando con el paciente y la familia.

Según su propia mirada la mayor parte de los valores considerados como inherentes al ejercicio de la Clínica están relacionados con el enfoque global de la asistencia, con el tipo de vínculo que entabla con el paciente y con la consideración de los aspectos afectivos.

Estos valores que sustentan coinciden con los ideales de una “buena medicina” y podrían ser el marco de referencia para el ejercicio de la práctica médica en general.

## **EL HOSPITAL COMO ÁMBITO PRIVILEGIADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL**

En la República Argentina más del 90% de los recursos profesionales de salud se forman en el Hospital público.

Como el Hospital es el lugar de formación los modelos de práctica adquiridos en él se reproducen en otros ámbitos de actividad.

En el proceso de cambio cultural en las concepciones de la salud y de los objetivos asistenciales, la ausencia de la incorporación de una definición suficientemente clara de los roles de cada médico

enfatisa la lucha por la definición y distribución de funciones entre clínicos y especialistas y es una fuente de dificultades. Genera dudas, errores, dificultad para la coordinación de tareas, redundancia y superposición de las acciones de distintos profesionales, omisión de acciones, desorganización del trabajo, disolución de responsabilidades, competencia en la toma de decisiones o confrontación polarizada de ideas.

En el campo de la Medicina pública el saber es el capital fundamental y el Hospital es el escenario de la lucha por la validación de los distintos saberes.

### **TRANSFORMACION DE LOS MODELOS DE ORGANIZACIÓN**

En la Argentina los modelos de organización de los Hospitales se han ido transformando acordes a los valores y modalidades asistenciales imperantes en la Medicina.

Algunos autores <sup>2</sup> definen que en el último siglo se concibieron tres tipos de Hospitales que se correlacionaban con diferentes diseños arquitectónicos:

En los <sup>1</sup>os el objetivo principal era el aislamiento, para lo cual estaban divididos en pabellones separados.

En los <sup>2</sup>os el objetivo principal era el estudio del paciente en internaciones prolongadas. Las salas o pisos eran la unidad principal distribuidas por especialidades.

En los <sup>3</sup>os el objetivo principal es brindar una atención integrada e integral. La organización se basa en los cuidados progresivos, las camas no se separan por especialidades sino por la intensidad del cuidado terapéutico requerido. Estos hospitales no se diferencian por la especialidad a que atienden sino por el grado de concentración de tecnología y recursos complejos.

### **LA PSICOLOGÍA INSTITUCIONAL COMO HERRAMIENTA CONCEPTUAL**

La Psicología Institucional aporta una mirada externa al campo de la Medicina analizando sus prácticas, los modos de organización y de intercambio.

Esta investigación se propone hacer un diagnóstico desde la Psicología Institucional que conceptualice los enfoques asistenciales de las prácticas médicas clínica y especializadas hechos con una perspectiva holística o fragmentada, a través de:

- “ Historizar las condiciones socioeconómicas, institucionales, profesionales e ideológicas que favorecieron o generaron modalidades de diagnóstico y asistencia con uno u otro enfoque en el campo de la Medicina hospitalaria.

- “ Evaluar la repercusión de modelos y poderes anteriores proveniente de otras instituciones como: la Facultad de Medicina, las Asociaciones Profesionales, los Hospitales de los que provienen los profesionales.

- “ Analizar los sistemas de creencias y valores instituidos en las categorías de pensamiento del cuerpo médico sobre la asistencia y la investigación, que sostienen los estilos de prácticas, los modos de organización del hospital y establecen un sistema de jerarquías.

- “ Identificar los **intereses** que determinan la elección de un modelo de práctica y de un enfoque de conocimiento.

- “ Analizar la incidencia de poderes y prestigios en la distancia existente entre el rol ideal y el rol efectivo de las distintas prácticas médicas.

- “ Analizar la estructura y funcionamiento de la división del trabajo, del tiempo y del espacio entre las especialidades en el seno del hospital y las relaciones de poder que las sostienen.

- “ Percibir las distintas formas que adopta la violencia simbólica en la relación clínico - especialista, las posibilidades de producir efectos en esa relación y las resistencias al cambio.

- “ Analizar las posiciones de los médicos clínicos y la de los médicos especialistas en el contexto de la consulta y las relaciones de fuerza que se establecen en función del saber sobre el cuerpo y la salud con los pacientes y los padres.

### **DEFINICIONES NECESARIAS PARA LA INVESTIGACIÓN**

A los fines de esta investigación se define como:

- 1) “Especialidad”, el conocimiento afinado de:
  - una parte del organismo
  - una función del organismo
  - una clase de patología
  - un tipo de técnicas diagnósticas o terapéuticas

- una situación por la que transcurre el paciente

2) “Pediatria”, adoptamos lo que plantea Florencio Escardó que: “cuando se habla de Pediatría como la Medicina de la edad evolutiva (aquella en la que se cumplen el crecimiento y la maduración) se acepta que no se trata de una especialidad sino, precisamente de todo lo contrario, del conocimiento médico de todos los órganos y funciones y de la totalidad del ser humano en trance evolutivo”.

Es decir, que la consideramos como la Clínica General de la infancia y de la adolescencia. Diferenciándola del uso habitual en el que se la nombra como “especialidad” por el hecho de ocuparse de una etapa particular de la vida del ser humano.

### **OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN**

Reconocer y evaluar las formas en que se plasma el rol del médico clínico pediatra en la atención de los pacientes y en la interrelación con los especialistas en instituciones hospitalarias.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar los roles definidos teóricamente por la comunidad médica acerca de la actividad clínico pediátrica.

2. Indagar las similitudes y diferencias entre las prácticas pediátricas de las generaciones previas al gran desarrollo de las especialidades, con la práctica actual de médicos con distinta antigüedad en la profesión.

3. Definir y caracterizar la forma en que los clínicos pediatras concretan su trabajo en la práctica y contrastarlo con los roles esperados.

4. Identificar funciones que son cumplidas por clínicos y especialistas en forma indistinta, excluyente o en conjunto, para:

4.1 Caracterizar lo específico del rol de clínico pediatra, de su modo de conocer y hacer.

4.2 Analizar el criterio implícito en la delimitación de funciones y en la distribución del trabajo.

4.3 Evaluar si hay diferencias significativas en las formas en que se concreta la actividad de la clínica pediátrica y la de los especialistas pediátricos.

4.4 Evaluar eventuales diferencias entre los roles de clínicos pediatras que trabajan en hospitales generales y en hospitales pediátricos.

4.5 Evaluar eventuales diferencias entre los roles de clínicos pediatras que trabajan en hospitales pediátricos con o sin organización por cuidados progresivos, ya que plantean explícitamente modelos de interrelación profesional diferentes.

Conceptualizar el sistema de creencias y valores que sustentan el modo de conocer y la práctica clínica. Semejanzas y diferencias con la práctica especializada.

### **METODOLOGÍA**

Utilización de metodología de investigación cualitativa y análisis de fuentes no estructuradas, apoyado en el programa NUD IST para su procesamiento.

Implementación de:

1) **Entrevistas semiestructuradas** a tres cohortes de clínicos pediatras que ejercieron o ejercen su actividad en tres etapas:

**A.** Informantes calificados que ejercieron la profesión en las décadas del '50 y '60.

**B.** Médicos que la comenzaron a ejercer entre el '65 y el '80 con el auge de la especialización.

**C.** Médicos que la ejercen desde el '87 en adelante, después de la apertura del Hospital Garrahan, con una nueva organización y un lugar institucional distinto del clínico.

Los criterios utilizados para definir estos períodos de práctica profesional fueron:

- el surgimiento de conocimientos inexistentes previamente, que se van diferenciando en prácticas especializadas, con diversos modos y grados de interrelación entre ellas.

- la preocupación por la recuperación de una asistencia integral desde una Medicina General.

2) **Observación participante de interconsultas** entre clínicos y especialistas pediátricos.

3) **Relevamiento de registros en Historias Clínicas.**

Estos datos serán cruzados con tipologías asistenciales definidas en función de:

\* La mirada holística o fragmentada del paciente.

\* La función de integración del equipo asistencial conformado por: clínicos, cirujanos generales,

especialistas quirúrgicos y especialistas clínicos y otras disciplinas que participan de la asistencia: enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, farmacéuticos, bioquímicos, biólogos, técnicos, etc.

## SECUENCIA DE LA EVOLUCIÓN DE LOS IDEALES EN PEDIATRÍA EN LA ARGENTINA

Analizando las entrevistas realizadas a informantes calificados que ejercieron la profesión en las décadas del '50 y '60, organizamos la secuencia de la evolución de los ideales en la Pediatría en el último medio siglo e identificamos la relación de esta evolución con:

- El desarrollo científico nacional e internacional.
- Nuevos modelos de organización de las instituciones asistenciales.
- Las condiciones políticas y sociales.
- Los medios de comunicación y la globalización de la información.
- El comercio internacional condicionando el acceso a bibliografía extranjera y a la formación post – grado en el exterior.

### PERIODIZACIÓN

Desarrollamos una primer aproximación a una periodización, que iremos corrigiendo y completando con los datos que sean recabados en las próximas entrevistas:

**Desde el '45:** La diferenciación entre especialidades era fundamentalmente entre la clínica y la cirugía, aunque los cirujanos no se dedicaban exclusivamente a la Cirugía Pediátrica, atendían tanto niños como adultos o hacían trabajo clínico y quirúrgico. Comenzaron a surgir conocimientos especializados en algunas áreas. Se seguía el modelo de la Pediatría Francesa de grandes síndromes. El diagnóstico era fundamentalmente a través de la observación: mirar, tocar y oler. Los valores fundamentales eran el respeto al niño como individuo y la valorización del vínculo madre – hijo como fundamental para el crecimiento. Se pone énfasis en la consideración de las particularidades de la edad evolutiva diferenciada de la edad adulta, (“el niño no es un adulto pequeño”).

**Desde el '55:** La inclusión de la Fisiopatología y la apertura al intercambio de conocimiento con otros países. A lo que se suma el inicio de la Residencia en Pediatría en el Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez” con médicos jóvenes que para responder a sus interrogantes consultaban a otros médicos. Paralelamente se abrió el intercambio entre profesionales en Ateneos Generales del Hospital. El ideal del pediatra estaba ligado al deseo de investigar para poder responder a las problemáticas sin respuesta que generaba la asistencia. Con gran entusiasmo cuando descubrieron en la Fisiopatología articulaciones explicativas de las relaciones entre los síntomas que configuraban los síndromes, que hasta ese momento eran meramente descriptivos del conjunto de síntomas que configuraban los cuadros patológicos.

**Desde el '60:** Desarrollo de tecnologías y conocimientos especializados. Se multiplicaron las investigaciones y la publicación de trabajos que estudiaban en profundidad problemáticas recortadas. Comenzaron a enfatizarse las tendencias a conocer más de algunas problemáticas en particular.

**Desde el '75:** Durante el proceso militar, al ser echados del Hospital de Niños los referentes ideológicos de la Clínica Pediátrica organizaron servicios pediátricos en instituciones privadas. En ellas se sostuvo la idea del clínico como referente y en uno de ellos se organizó una sala de internación polivalente coordinada por clínicos. Paralelamente la Sociedad Argentina de Pediatría comenzó a tomar una prueba para otorgar el título de médico pediatra evaluando la formación general básica. Produjeron fascinación las posibilidades de las nuevas tecnologías. Tener un conocimiento o técnica poco o nada desarrollado en el medio profesional implicaba una distinción, en su doble sentido de diferenciación y prestigio.

**Desde el '85:** Se comenzó a planificar la organización del Hospital de Pediatría “Juan P. Garrahan” como una institución de referencia de alta complejidad, que funcionaría con salas polivalentes por cuidados progresivos, coordinadas por clínicos que serían los médicos de cabecera de los pacientes. Los ideales estaban ligados al clínico como médico de cabecera y se planteaba la necesidad de una formación básica previa a la especialización, en las Residencias.

## SITUACIÓN ACTUAL A FINES DE SIGLO EN EL HOSPITAL GARRAHAN

En función de las diversas polémicas vividas, de los atravesamientos económicos, políticos y sociales y de los grados de autonomía con que se movieron los distintos grupos surgieron una serie de situaciones nuevas:

En la práctica, los médicos especialistas, **no se establecieron como parte del equipo estable de las salas**, sino que cumplieron su función como interconsultores.

Se entablaron **disputas por la apropiación de los espacios**, de internación, consultorios, quirófanos, oficinas, etc.

Al desaparecer las fronteras espaciales entre las salas se dio un **control mutuo** y la posibilidad de **reconsiderar más frecuentemente los caminos diagnósticos y terapéuticos** con la participación de diferentes especialidades.

La división de la internación y el ambulatorio como "territorios" propios de clínicos o especialistas tuvo una consecuencia colateral positiva no prevista, colaboró en la intención del proyecto institucional de **jerarquizar la atención ambulatoria y evitar internaciones que sólo tuvieran un propósito diagnóstico**.

Se dio una división del trabajo y de los espacios unidas a una **valorización diferencial del saber** entre:

Los que se dedican al cuidado del paciente y a la organización del proceso asistencial.

Los que se ocupan fundamentalmente del diagnóstico y la terapéutica especializada unida a la investigación y a nuevos desarrollos.

Hubo un fuerte **crecimiento de los conocimientos** en la asistencia de pacientes complejos. La **complejización se dio en su doble sentido: de superespecialización y de enfoque clínico integral** de pacientes con varias patologías asociadas.

El intercambio en la práctica cotidiana produjo **nuevos conocimientos interdisciplinarios y surgieron equipos interdisciplinarios** inexistentes previamente, organizados entorno a la asistencia de patologías fundamentalmente ambulatorias.

Se abrieron **espacios de intercambio** interespecializados e interdisciplinarios como ateneos, pases, espacios de reflexión, reuniones para la organización conjunta del proceso asistencial, etc.

Los modos de funcionamiento y organización concretos parecen reflejar la **yuxtaposición de ideales diversos**:

La valorización del conocimiento muy especializado como posibilitador de nuevas metas asistenciales.

La desvalorización de prácticas muy tecnologizadas que pierden de vista el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia.

La valorización de un enfoque global del paciente y de un seguimiento del proceso asistencial.

El desestimar evaluaciones del estado general del paciente y considerarlas rituales burocráticos o innecesarias.

En la práctica se visualiza esta yuxtaposición de modelos asistenciales e ideales de salud en controversia. Pacientes en situaciones semejantes pueden recibir tanto una terapéutica intensiva con recursos técnicos invasivos, como cuidados paliativos, según quien lo atienda en esa circunstancia.

Esta contradicción plantea a clínicos, terapeutas y especialistas, cuestionamientos sobre el objetivo asistencial y da lugar, cada vez más frecuentemente, a la creación de espacios de reflexión sobre la problemática como: encuentros interespecializados para la discusión de un paciente, consultas al Comité de Ética, elaboración de criterios para la atención de pacientes graves.

CUADRO: PRIMER ESQUEMATIZACIÓN DE PERIODOS EN LA PEDIATRIA

EPOCAS	IDEALES	CONOCIMIENTOS	PRACTICAS	INSTITUCIONES	MODOS DE ORGANIZACIÓN	CONTEXTO POLITICOSOCIAL

'45	El niño como individuo, Diferenciado del adulto. Relación madre-hijo.	Pediatría Francesa por Síndromes. Diferenciación entre clínicos y cirujanos	Observar, mirar, tocar, oler. Internación conjunta. Consideración de lo psicosocial.	Hosp.Gutierrez Sociedad de Pediatría. Casa de Escardó.	Sala de Escardó.	Fin de Segunda Guerra. Migración interna y derechos de los trabajadores a salud y educación.
'55	Deseo de investigar.	Fisiopatología de E.U. Asesoramiento de médicos franceses.	Laboratorios en las salas. Anat patológica.	Hosp.Gutierrez.	Residencia. Ateneos general. Consultorio del niño sano.	Comercio internacional: acceso a bibliografía y formación en el extranjero.
'60	Fascinación por tecnologías nuevas.	Técnicas y conocimientos especializados.	Investigación en áreas recortadas.	Hosp.Gutierrez Hosp. Elizalde	Sala especializada	E.U. es el modelo de desarrollo técnico y científico.
'75	Formación básica Atenc.global.		Clínico como referente	Hosp. Italiano Sanat. Güemes	Sala polivalente	Proceso militar.
'85	Interdisciplin. Interespecialidad. Clínico integrador.	Administración Hospitalaria Coordinación y cuidado del paciente. Especialización	Alta complejidad.	Hosp. Garrahan.	Salas polivalentes.	Democracia Apertura de un Hosp. Pediátrico de referencia.
<b>Fin de Siglo en el Hosp. Garrahan</b>	Yuxtaposición de ideales: valorización/ desvalorización.	Desarrollo de subespecialidades y de conocimientos superespecializados.	Organización por complejidad. Cuidados paliativos.	Hosp. Garrahan	Salas polivalentes y preferencial para algunas especialidades.	La autogestión Alta complejidad pediátrica.

## LA IMPLICACION DEL EQUIPO INVESTIGADOR

### LA IMPLICACION DEL EQUIPO INVESTIGADOR

El análisis de nuestra implicación en la problemática es una tarea fundamental en la investigación<sup>3</sup>. Este trabajo nos llevó a analizar permanentemente nuestro propio ideal de una asistencia con un enfoque global, que puede sesgar la interpretación de los fenómenos en los que intervienen una multiplicidad de intereses que trascienden ampliamente la cuestión.

La participación en el equipo de investigación de psicólogos y clínicos pediatras, rica en el aporte de perspectivas diversas, lleva a un análisis de las creencias de los propios integrantes del equipo, generado por los atravesamientos de los instituidos profesionales y de los diferentes compromisos con el Hospital Garrahan, con la asistencia y con la investigación.

### SINTESIS

En el momento actual de nuestra investigación, articulando nuestra experiencia de Consultoría en el Hospital Garrahan con nuestro recorrido por la bibliografía que da cuenta de los ideales pediátricos de la última mitad de siglo y las entrevistas realizadas a pediatras que comenzaron a ejercer su profesión en la década del '50 consideramos que:

Para lograr una comprensión del rol del clínico pediatra debemos contextualizarlo en el marco de los ideales y valores que definieron un estilo de práctica en los diferentes períodos de la historia de la Medicina, de la Ciencia y del país. Ya que la crisis en las representaciones de los clínicos sobre su rol y los esfuerzos por reinterpretar su función en el Hospital, puede ser comprendida en el contexto de la disputa de enfoques analíticos e integradores en la evolución del pensamiento científico y la alternancia



cíclica o a la yuxtaposición de ideales diversos (a veces opuestos y contradictorios) en un mismo momento social y en una misma organización.

Hemos introducido en nuestra conceptualización diversos paradigmas teóricos que aportan a un enfoque institucional de las prácticas profesionales para comprender las disputas en el campo médico hospitalario en función de los intereses invertidos en el mismo<sup>4</sup>, la sobrevivencia de tradiciones previas incorporadas en las prácticas actuales<sup>5</sup> y la creación original de modelos de pensamiento y organización<sup>6</sup>.

Los modelos asistenciales están fuertemente encadenados a la lucha entre grupos médicos por la prevalencia de un modo de entender y por lo tanto de atender al paciente, en función de conocimientos diferentes y de reconocimientos sociales disímiles. Por lo tanto, una mejor conceptualización de la función del clínico puede aportar a la revalorización de una modalidad asistencial integral al posibilitar explicar y ejercer con una definición más clara la práctica se puede mejorar la elaboración de acuerdos en el seno de la propia comunidad médica y modificar las expectativas de la población sobre el tipo de atención al que puede aspirar.

Las Asociaciones Profesionales extra hospitalarias colaboran en la distribución de valores entre las diferentes prácticas pediátricas. Casi la totalidad de los pediatras, cualquiera sea su especialidad, pertenecen a la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), pero además, gran parte de los especialistas pediátricos tienen una segunda pertenencia institucional, a la Sociedad que reúne a los médicos de su misma especialidad que atienden tanto adultos como niños. La pertenencia a esta otra institución, que tiene reglas de inclusión y exclusión propias, aporta un refuerzo a su identidad profesional y a un modelo de práctica.

Los clínicos pediatras carecen de una asociación "exclusiva", es decir excluyente, de otros pediatras, que les aporte una identidad como subgrupo diferenciado. Coincidentemente, el Hospital Garrahan tampoco configuró un Servicio de Clínica Pediátrica y obviamente los clínicos no tienen Jefe de Servicio. Este hecho resulta especialmente sorprendente si lo contrastamos con la relevancia del liderazgo que tuvieron Florencio Escardó en décadas anteriores y C. Gianantonio, vigente aún en el momento de apertura del Hospital Garrahan.

La búsqueda de la inmortalidad, fantasía que ha sido fuente y motor de la investigación y del descubrimiento científico y que ha sido reforzada por la velocidad y magnitud del crecimiento tecnológico, parece generar un efecto paradójico. Las expectativas de salud y de curación son depositadas tan masivamente en la sofisticación técnica que queda desvalorizado el cuidado personal de la salud y desacreditado, cuando no olvidado, el acompañamiento familiar y profesional.

Parecen pobres y escasos ante los valores de la Modernidad los ideales de una mirada integral.

## **SURGIMIENTO DE NUEVOS INTERROGANTES**

La inexistencia de un liderazgo clínico en el Hospital Garrahan abre nuevas preguntas a explorar:

- ¿Inició la relevancia simbólica del liderazgo de Carlos Gianantonio en la imposibilidad de sustituirlo en el imaginario profesional estando él aún con vida y no aceptando él mismo la participación en la ejecución del nuevo proyecto?
- ¿Se esperaba que la conducción misma del Hospital condujese a los clínicos, por lo que no había que diferenciar un Servicio específico?
- ¿En un momento en que la polémica sobre el modelo de organización y la disputa por el poder de conducción de las salas estaba en pleno auge, no era factible ocupar la Jefatura de un Servicio Clínico que estuviera en un estamento jerárquico más alto que los demás?
- ¿La idealización de los aportes especializados al diagnóstico y la terapéutica, ejerció un efecto de fascinación tal en los clínicos, que relativizó comparativamente, para ellos mismos, el valor de su propio rol?

## **BIBLIOGRAFIA**

- Anderson, B.: *Imagined communities*. Internet.
- Bensaid, N. (1976) *La consulta médica*. Buenos Aires. Ed. Siglo XXI.
- Bourdieu, P y Wacquant, L. (1995) *Respuestas. Por una Antropología reflexiva*. México. Ed. Grijalbo.
- Carapinheiro, Graça. (1993) *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto, Portugal. Edições Afrontamento.
- Castoriadis, C. (1993) *La institución imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires. Ed. Tusquets.
- Cicourel, A. (1985) "Raisonnement el Diagnostic . Le role du discours et de la comprehension

- clinique en medicine". *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, Nº 60, Paris. Pags: 79-88.
- Clavreul, J. (. 1983) *El orden médico.* Barcelona. Ed. Argot
  - Dal Bo, A. (1995) Cap. "Organización de los Servicios Médicos" en O'Donnell, J.C. *"Administración de Servicios de Salud"*. Tomo I. Bs. As. Editorial Docencia.
  - Escardó, F. (1951) *La Pediatría Medicina del hombre.* .Bs. As. Ed. El Ateneo.
  - Escardó, F. (1965) *Qué es la Pediatría?* Bs. As. Ed. Columba.
  - Foucault, M. (1997) *El nacimiento de la Clínica.* México. Ed. Siglo XXI.
  - García, Rolando. (1991) *La investigación interdisciplinaria de sistemas complejos.* México - Buenos Aires. CEA, Serie materiales, 1/91
  - Gianantonio, C. (1984) "En relación con el niño y su ecología". *Archivos Argentinos de Pediatría.* Volúmen 82. Pág 165.
  - Israel, L.: *La decisión médica.* Ed. Emecé. Buenos Aires. 1983.
  - Lourau, R. (1988) *El análisis institucional.* Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
  - Luchina, I. (1982) *El Grupo Balint. Hacia un modelo clínico situacional.*, Bs. As. Ed. Paidós Grupos e Instituciones.
  - Malfé, R. (1989) "El espacio institucional". *Revista Argentina de Psicología* No. 39. Bs. As.
  - Malfé, R. (1994) *Fantasmata.* Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
  - Muel-Dreyfus, F.: "Le fantome du medecin de famille". Notes e esquisses en *Actes de la recherche en Sciences Sociales.*
  - Prigogine, I. (1996) *El fin de las certidumbres.* Santiago de Chile, Ed. Andrés Bello.
  - Schejter, V., Emmer, S. (1997) "Las problemáticas del equipo asistencial ante el dolor , la vida y la muerte. Un análisis desde la Psicología institucional", *Revista Tramas, subjetividad y procesos sociales*, No.11. Publicación de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México.
  - Schejter, V. (1997) Cap. "La Psicología Institucional en las Organizaciones de Salud" en O'Donnell, J.C., *Administración de Servicios de Salud.* Tomo II, Bs. As. Editorial Docencia.
  - Schejter, De la Aldea, Emmer.: "Trabajo de enfermería, su novela laboral". *Revista Argentina de Psicología*, Nº 39. 1989. Bs. As.
  - Ulloa, F. (1995) *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica.* Buenos Aires, Ed. Paidós.
  - Vigarello, G. (1995) *Lo sano y lo malsano, desde la edad media hasta nuestros días.* Montevideo. Ed. Trilce.
-

## **ESPECIFICIDAD DE LA MIRADA CLINICA ROL DEL CLÍNICO PEDIATRA Y SU RELACIÓN CON LOS ESPECIALISTAS**

Autora: Lic. Virginia H. Schejter

Presentamos la problemática y los primeros avances de un proyecto de investigación trienal, que fue acreditado en la Programación de UBACYT 1998-2000. El mismo tiene sede en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

### **LA INVESTIGACIÓN SE ORIGINA EN UN TRABAJO DE CONSULTORÍA**

Nuestra preocupación por investigar en profundidad la especificidad del enfoque que hace el clínico pediatra del paciente y la diferencia con las intervenciones que realizan los especialistas pediátricos, surge en el contexto del trabajo como consultora en Psicología Institucional en el Hospital de Pediatría "Juan P. Garrahan", desde su inauguración en 1987.

A partir de que en el Hospital se puso en práctica un modelo organizacional que tuvo como objetivo fundamental ofrecer una asistencia desde una mirada global del paciente, a través de la interrelación de clínicos y especialistas.

Con este objetivo este se organizó con tres características nuevas:

1) Una organización matricial del trabajo, en la que cada médico de la institución tiene una doble dependencia:

- del Servicio de su propia disciplina o especialidad
- del Coordinador clínico del sector (sala de internación o asistencia ambulatoria) donde está desarrollando su tarea.

2) Una internación en salas polivalentes (en las que se internan los pacientes independientemente de la patología que tienen), por cuidados progresivos: intermedios y moderados, o intensivos.

3) La Coordinación de la sala se puso a cargo de médicos clínicos y también la planta estable de profesionales. A pesar que se preveía que los especialistas serían asignados a una o más salas, para gestar el equipo interdisciplinario, en los hechos esto no se pudo concretar.

Esta modalidad de organización, diferente de la de los Hospitales tradicionales organizados en salas especializadas, en las que se habían formado la mayor parte de los médicos, llevó a los clínicos pediatras a tener que asistir pacientes con patologías que no trataban anteriormente porque eran internados en salas donde sólo había especialistas y pocas veces se consultaba a los clínicos sobre esos pacientes.

En las salas polivalentes el contacto cotidiano con especialistas que sí conocían con profundidad los caminos diagnósticos y terapéuticos para encarar las patologías que se asistían y lo lento y trabajoso que fue ir encontrando modos adecuados de trabajo en equipo con médicos de diferentes especialidades como había sido imaginado en el proyecto original, llevó a que los clínicos se replantearan cuál era su campo de conocimiento y de acción.

### **CRISIS DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL DEL CLÍNICO**

Consideramos que se planteó una crisis en la identidad profesional del clínico pediatra en un Hospital de alta complejidad, en el que la interconsulta a especialistas con un saber reconocido es accesible, además de ser lo esperado.

Los clínicos comenzaron a reelaborar las representaciones anteriores sobre su rol en el Hospital y a reinterpretar su puesto de trabajo.

Se comenzaron a interrogar sobre cuál era la función propia de su nuevo emplazamiento institucional e incluso, cuál el conocimiento requerido para el ejercicio de esa función.

La formación asistencial anterior, que había ido constituyendo su identidad profesional en el ejercicio mismo de su práctica hospitalaria, no era adecuada para la nueva organización y además, la mayoría carecía de formación para el desempeño de las tareas de coordinación e integración de equipos que les requería su nuevo rol.

En un primer momento algunos clínicos consideraron que el camino era profundizar en el conocimiento de todas las especialidades. De hecho esto ocurrió en cierta medida, a partir de la experiencia del trabajo con otros especialistas entorno a patologías complejas, aunque obviamente

encontró la limitación de la imposibilidad de abarcar todo el conocimiento especializado dada la continua y rápida expansión de la información relevante.

En un momento posterior, ante las dificultades para precisar su rol, algunos clínicos jóvenes eligieron especializarse y dejaron la Clínica Pediátrica.

En algunos sectores, en los que a pesar de la intención original de que las salas de internación fueran polivalentes se concentraron pacientes que tenían una misma patología o requerían de una misma terapéutica, se visualizó con más claridad una tarea propia del clínico. La de aportar una mirada integral del paciente y de su familia, cualquiera sea la patología y el nivel de complejidad. Perspectiva que no suele ser cubierta totalmente por los especialistas o que lo es solamente en algunas etapas del tratamiento.

En este contexto comenzaron a desarrollarse algunas Clínicas especializadas, por ejemplo la Clínica Oncológica y la Clínica Quirúrgica. Surgieron en el manejo cotidiano conjunto, de clínicos y especialistas, de pacientes que requerían de estos últimos como referentes fundamentales. Esto permitió profundizar en el conocimiento global de una sola o unas pocas patologías, conocer las complicaciones que requerían ser previstas, lo que convenía hacer y no hacer en cada caso.

La sala polivalente en cambio, llevó a adquirir un valioso conocimiento de muchas patologías. Pero fue sentido insuficiente para prever eventualidades y percibido como un aporte escaso al paciente.

En algunos casos los mismos clínicos creyeron que el paciente "era" del especialista "que sabía" sobre la patología principal del paciente y sintieron diluirse el sentido de su aporte al no poder definir con claridad el saber específicamente clínico.

Transitando esta experiencia, de modos desparejos, fueron delimitando un nuevo perfil de su rol y reelaboraron las representaciones anteriores sobre su puesto de trabajo. Pero en términos generales, los clínicos que en el proyecto original habían sido representados como los coordinadores de la asistencia, se sintieron administradores de diagnósticos y tratamientos pensados por otros.

Las dificultades compartidas generaron confraternidades que se configuraron en dos subgrupos, el de los "clínicos" y el de los "especialistas". En el subgrupo de los "especialistas" quedaron integrados tanto cirujanos generales como cirujanos especializados y clínicos especializados. Esta denominación que engloba saberes y prácticas muy diversas, muestra que el criterio de agrupamiento no estuvo realmente delimitado por el tipo de saber y de práctica, como pareciera por las denominaciones, sino que se diferenció entre los que se quedaron de modo estable en las salas de internación y los que no encontraron un lugar en ellas y se instalaron fundamentalmente en los consultorios externos y en las oficinas y lugares de estar de cada especialidad.

La necesidad de aclarar el ejercicio del rol del médico clínico trasciende la problemática que la organización particular de este Hospital pone de manifiesto. En las instituciones asistenciales donde el crecimiento de la especialización ha sido más importante, como, por ejemplo los Hospitales de atención exclusivamente pediátrica, la crisis de la identidad del médico general se hace más notable, esto se da, con más énfasis aún, en la atención de adultos en los centros asistenciales universitarios.<sup>1</sup>

## **LAS REPRESENTACIONES SOBRE LOS ROLES DE LOS MÉDICOS**

La historia de la Medicina como la de toda la Ciencia muestra períodos de análisis y períodos de síntesis.

En la segunda mitad del siglo XX hubo grandes transformaciones en la concepción popular y científica de cuidado del cuerpo y de los límites entre lo "sano" y lo "malsano". Asociada a una división y especialización del conocimiento científico, ante la imposibilidad de abarcar un sólo investigador la totalidad del espectro de la Medicina.

Las representaciones sociales y la valorización profesional sobre la consulta médica se trasladaron, del *rapport* de los pacientes con el "médico de familia", a los médicos que utilizan técnicas sofisticadas. Con un aumento del prestigio social y científico de estos últimos y una diferencia notable en la remuneración del trabajo de unos y otros.

El desarrollo de los especialistas se asoció a un fuerte crecimiento de la tecnología médica y a la búsqueda de certidumbres probabilísticas que hicieran previsible la evolución de las patologías.

En los hechos las consultas a veces son hechas paralelamente a especialistas en distintas patologías, con enfoques diversos que tienen una visión en túnel y que resuelven, gran parte de las veces, de manera aislada sin considerar la interacción de factores diversos y sin una visión global de la situación particular.

La complejidad de los problemas de la salud muestra la insuficiencia del estudio fragmentario de

especialistas para analizar los procesos y diagnosticar sus causas, dada la mutua dependencia e interconexión de los diferentes aspectos del ser humano, de la que no dan cuenta las consultas sucesivas o paralelas, desconectadas entre sí.

En este contexto resurgen representaciones sobre el rol del médico de épocas anteriores en las que el hoy llamado “médico clínico” o “médico general” y antes “médico familiar”, es la figura principal.

Este médico general es visualizado como el que debe asegurar una mirada global del paciente y a la vez, quien coordina las acciones de los especialistas que intervienen, constituyendo un equipo interespecializado e interdisciplinario que pueda pensar en conjunto, con una comprensión estructural del paciente y una asistencia con etapas de trabajo diferenciado y etapas de trabajo integrado.

Paralelamente, en la medicina institucional privada también resurge la presencia del médico general, pero en ésta, en general, el acento es puesto en disminuir los costos asistenciales. El clínico (pediátrico o de adultos) es ubicado en la “puerta de entrada” del sistema asistencial con el objetivo de evitar la consulta especializada y bajar el número de estudios diagnósticos complejos.

## **ROL IDEAL DEL CLINICO PEDIATRA**

A través de lo recabado en la bibliografía, en el trabajo de consultoría y en las entrevistas realizadas delineamos las características del “rol ideal” del clínico pediatra, según sus propios valores e ideales. Se sintetizan en que:

Realice una primer orientación en la consulta inicial, definiendo los objetivos asistenciales, jerarquizando y organizando los problemas a resolver y definiendo el área, sistema o aparato comprometido.

Haga el seguimiento y cuidado clínico a lo largo del diagnóstico y tratamiento.

Oriente en la resolución de problemas de la vida cotidiana relacionados con la enfermedad.

Enfoque preventivamente la situación, detectando indicadores de enfermedades potenciales e intervenga con acciones anticipatorias.

Establezca un vínculo con los pacientes desde una perspectiva global que atienda la salud en general, el desarrollo y crecimiento, tome al cuerpo como una unidad y considere la multideterminación etiológica.

Incorpore lo psicológico como causa, como consecuencia y como concomitante al síntoma.

Considere el costo afectivo de los estudios diagnósticos y tratamientos.

Incluya a la familia como informante, como causante y como continente. Evalúe sus potencialidades terapéuticas y le dé un lugar en el cuidado del paciente.

Brinde una asistencia personalizada, establezca una relación de confianza se interese por la vida del paciente y la familia.

Dedique tiempo a escuchar y a preguntar.

Valorice su opinión, acompañe y contenga.

Asesore en función de sus características, circunstancias y proyectos.

Los mantenga informados sobre modalidades diagnósticas, terapéuticas y pronóstico, explicando la patología en un lenguaje comprensible.

Tome decisiones reflexionando con el paciente y la familia.

Según su propia mirada la mayor parte de los valores considerados como inherentes al ejercicio de la Clínica están relacionados con el enfoque global de la asistencia, con el tipo de vínculo que entabla con el paciente y con la consideración de los aspectos afectivos.

Estos valores que sustentan coinciden con los ideales de una “buena medicina” y podrían ser el marco de referencia para el ejercicio de la práctica médica en general.

## **EL HOSPITAL COMO ÁMBITO PRIVILEGIADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL**

En la República Argentina más del 90% de los recursos profesionales de salud se forman en el Hospital público.

Como el Hospital es el lugar de formación los modelos de práctica adquiridos en él se reproducen en otros ámbitos de actividad.

En el proceso de cambio cultural en las concepciones de la salud y de los objetivos asistenciales, la ausencia de la incorporación de una definición suficientemente clara de los roles de cada médico

enfatisa la lucha por la definición y distribución de funciones entre clínicos y especialistas y es una fuente de dificultades. Genera dudas, errores, dificultad para la coordinación de tareas, redundancia y superposición de las acciones de distintos profesionales, omisión de acciones, desorganización del trabajo, disolución de responsabilidades, competencia en la toma de decisiones o confrontación polarizada de ideas.

En el campo de la Medicina pública el saber es el capital fundamental y el Hospital es el escenario de la lucha por la validación de los distintos saberes.

### **TRANSFORMACION DE LOS MODELOS DE ORGANIZACIÓN**

En la Argentina los modelos de organización de los Hospitales se han ido transformando acordes a los valores y modalidades asistenciales imperantes en la Medicina.

Algunos autores <sup>2</sup> definen que en el último siglo se concibieron tres tipos de Hospitales que se correlacionaban con diferentes diseños arquitectónicos:

En los <sup>1</sup>os el objetivo principal era el aislamiento, para lo cual estaban divididos en pabellones separados.

En los <sup>2</sup>os el objetivo principal era el estudio del paciente en internaciones prolongadas. Las salas o pisos eran la unidad principal distribuidas por especialidades.

En los <sup>3</sup>os el objetivo principal es brindar una atención integrada e integral. La organización se basa en los cuidados progresivos, las camas no se separan por especialidades sino por la intensidad del cuidado terapéutico requerido. Estos hospitales no se diferencian por la especialidad a que atienden sino por el grado de concentración de tecnología y recursos complejos.

### **LA PSICOLOGÍA INSTITUCIONAL COMO HERRAMIENTA CONCEPTUAL**

La Psicología Institucional aporta una mirada externa al campo de la Medicina analizando sus prácticas, los modos de organización y de intercambio.

Esta investigación se propone hacer un diagnóstico desde la Psicología Institucional que conceptualice los enfoques asistenciales de las prácticas médicas clínica y especializadas hechos con una perspectiva holística o fragmentada, a través de:

- “ Historizar las condiciones socioeconómicas, institucionales, profesionales e ideológicas que favorecieron o generaron modalidades de diagnóstico y asistencia con uno u otro enfoque en el campo de la Medicina hospitalaria.

- “ Evaluar la repercusión de modelos y poderes anteriores proveniente de otras instituciones como: la Facultad de Medicina, las Asociaciones Profesionales, los Hospitales de los que provienen los profesionales.

- “ Analizar los sistemas de creencias y valores instituidos en las categorías de pensamiento del cuerpo médico sobre la asistencia y la investigación, que sostienen los estilos de prácticas, los modos de organización del hospital y establecen un sistema de jerarquías.

- “ Identificar los **intereses** que determinan la elección de un modelo de práctica y de un enfoque de conocimiento.

- “ Analizar la incidencia de poderes y prestigios en la distancia existente entre el rol ideal y el rol efectivo de las distintas prácticas médicas.

- “ Analizar la estructura y funcionamiento de la división del trabajo, del tiempo y del espacio entre las especialidades en el seno del hospital y las relaciones de poder que las sostienen.

- “ Percibir las distintas formas que adopta la violencia simbólica en la relación clínico - especialista, las posibilidades de producir efectos en esa relación y las resistencias al cambio.

- “ Analizar las posiciones de los médicos clínicos y la de los médicos especialistas en el contexto de la consulta y las relaciones de fuerza que se establecen en función del saber sobre el cuerpo y la salud con los pacientes y los padres.

### **DEFINICIONES NECESARIAS PARA LA INVESTIGACIÓN**

A los fines de esta investigación se define como:

- 1) “Especialidad”, el conocimiento afinado de:
  - una parte del organismo
  - una función del organismo
  - una clase de patología
  - un tipo de técnicas diagnósticas o terapéuticas

- una situación por la que transcurre el paciente

2) “Pediatria”, adoptamos lo que plantea Florencio Escardó que: “cuando se habla de Pediatria como la Medicina de la edad evolutiva (aquella en la que se cumplen el crecimiento y la maduración) se acepta que no se trata de una especialidad sino, precisamente de todo lo contrario, del conocimiento médico de todos los órganos y funciones y de la totalidad del ser humano en trance evolutivo”.

Es decir, que la consideramos como la Clínica General de la infancia y de la adolescencia. Diferenciándola del uso habitual en el que se la nombra como “especialidad” por el hecho de ocuparse de una etapa particular de la vida del ser humano.

### **OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN**

Reconocer y evaluar las formas en que se plasma el rol del médico clínico pediatra en la atención de los pacientes y en la interrelación con los especialistas en instituciones hospitalarias.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar los roles definidos teóricamente por la comunidad médica acerca de la actividad clínico pediátrica.

2. Indagar las similitudes y diferencias entre las prácticas pediátricas de las generaciones previas al gran desarrollo de las especialidades, con la práctica actual de médicos con distinta antigüedad en la profesión.

3. Definir y caracterizar la forma en que los clínicos pediatras concretan su trabajo en la práctica y contrastarlo con los roles esperados.

4. Identificar funciones que son cumplidas por clínicos y especialistas en forma indistinta, excluyente o en conjunto, para:

4.1 Caracterizar lo específico del rol de clínico pediatra, de su modo de conocer y hacer.

4.2 Analizar el criterio implícito en la delimitación de funciones y en la distribución del trabajo.

4.3 Evaluar si hay diferencias significativas en las formas en que se concreta la actividad de la clínica pediátrica y la de los especialistas pediátricos.

4.4 Evaluar eventuales diferencias entre los roles de clínicos pediatras que trabajan en hospitales generales y en hospitales pediátricos.

4.5 Evaluar eventuales diferencias entre los roles de clínicos pediatras que trabajan en hospitales pediátricos con o sin organización por cuidados progresivos, ya que plantean explícitamente modelos de interrelación profesional diferentes.

Conceptualizar el sistema de creencias y valores que sustentan el modo de conocer y la práctica clínica. Semejanzas y diferencias con la práctica especializada.

### **METODOLOGÍA**

Utilización de metodología de investigación cualitativa y análisis de fuentes no estructuradas, apoyado en el programa NUD IST para su procesamiento.

Implementación de:

1) **Entrevistas semiestructuradas** a tres cohortes de clínicos pediatras que ejercieron o ejercen su actividad en tres etapas:

**A.** Informantes calificados que ejercieron la profesión en las décadas del '50 y '60.

**B.** Médicos que la comenzaron a ejercer entre el '65 y el '80 con el auge de la especialización.

**C.** Médicos que la ejercen desde el '87 en adelante, después de la apertura del Hospital Garrahan, con una nueva organización y un lugar institucional distinto del clínico.

Los criterios utilizados para definir estos períodos de práctica profesional fueron:

- el surgimiento de conocimientos inexistentes previamente, que se van diferenciando en prácticas especializadas, con diversos modos y grados de interrelación entre ellas.

- la preocupación por la recuperación de una asistencia integral desde una Medicina General.

2) **Observación participante de interconsultas** entre clínicos y especialistas pediátricos.

3) **Relevamiento de registros en Historias Clínicas.**

Estos datos serán cruzados con tipologías asistenciales definidas en función de:

\* La mirada holística o fragmentada del paciente.

\* La función de integración del equipo asistencial conformado por: clínicos, cirujanos generales,

especialistas quirúrgicos y especialistas clínicos y otras disciplinas que participan de la asistencia: enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, farmacéuticos, bioquímicos, biólogos, técnicos, etc.

## SECUENCIA DE LA EVOLUCIÓN DE LOS IDEALES EN PEDIATRÍA EN LA ARGENTINA

Analizando las entrevistas realizadas a informantes calificados que ejercieron la profesión en las décadas del '50 y '60, organizamos la secuencia de la evolución de los ideales en la Pediatría en el último medio siglo e identificamos la relación de esta evolución con:

- El desarrollo científico nacional e internacional.
- Nuevos modelos de organización de las instituciones asistenciales.
- Las condiciones políticas y sociales.
- Los medios de comunicación y la globalización de la información.
- El comercio internacional condicionando el acceso a bibliografía extranjera y a la formación post – grado en el exterior.

### PERIODIZACIÓN

Desarrollamos una primer aproximación a una periodización, que iremos corrigiendo y completando con los datos que sean recabados en las próximas entrevistas:

**Desde el '45:** La diferenciación entre especialidades era fundamentalmente entre la clínica y la cirugía, aunque los cirujanos no se dedicaban exclusivamente a la Cirugía Pediátrica, atendían tanto niños como adultos o hacían trabajo clínico y quirúrgico. Comenzaron a surgir conocimientos especializados en algunas áreas. Se seguía el modelo de la Pediatría Francesa de grandes síndromes. El diagnóstico era fundamentalmente a través de la observación: mirar, tocar y oler. Los valores fundamentales eran el respeto al niño como individuo y la valorización del vínculo madre – hijo como fundamental para el crecimiento. Se pone énfasis en la consideración de las particularidades de la edad evolutiva diferenciada de la edad adulta, (“el niño no es un adulto pequeño”).

**Desde el '55:** La inclusión de la Fisiopatología y la apertura al intercambio de conocimiento con otros países. A lo que se suma el inicio de la Residencia en Pediatría en el Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez” con médicos jóvenes que para responder a sus interrogantes consultaban a otros médicos. Paralelamente se abrió el intercambio entre profesionales en Ateneos Generales del Hospital. El ideal del pediatra estaba ligado al deseo de investigar para poder responder a las problemáticas sin respuesta que generaba la asistencia. Con gran entusiasmo cuando descubrieron en la Fisiopatología articulaciones explicativas de las relaciones entre los síntomas que configuraban los síndromes, que hasta ese momento eran meramente descriptivos del conjunto de síntomas que configuraban los cuadros patológicos.

**Desde el '60:** Desarrollo de tecnologías y conocimientos especializados. Se multiplicaron las investigaciones y la publicación de trabajos que estudiaban en profundidad problemáticas recortadas. Comenzaron a enfatizarse las tendencias a conocer más de algunas problemáticas en particular.

**Desde el '75:** Durante el proceso militar, al ser echados del Hospital de Niños los referentes ideológicos de la Clínica Pediátrica organizaron servicios pediátricos en instituciones privadas. En ellas se sostuvo la idea del clínico como referente y en uno de ellos se organizó una sala de internación polivalente coordinada por clínicos. Paralelamente la Sociedad Argentina de Pediatría comenzó a tomar una prueba para otorgar el título de médico pediatra evaluando la formación general básica. Produjeron fascinación las posibilidades de las nuevas tecnologías. Tener un conocimiento o técnica poco o nada desarrollado en el medio profesional implicaba una distinción, en su doble sentido de diferenciación y prestigio.

**Desde el '85:** Se comenzó a planificar la organización del Hospital de Pediatría “Juan P. Garrahan” como una institución de referencia de alta complejidad, que funcionaría con salas polivalentes por cuidados progresivos, coordinadas por clínicos que serían los médicos de cabecera de los pacientes. Los ideales estaban ligados al clínico como médico de cabecera y se planteaba la necesidad de una formación básica previa a la especialización, en las Residencias.



## SITUACIÓN ACTUAL A FINES DE SIGLO EN EL HOSPITAL GARRAHAN

En función de las diversas polémicas vividas, de los atravesamientos económicos, políticos y sociales y de los grados de autonomía con que se movieron los distintos grupos surgieron una serie de situaciones nuevas:

En la práctica, los médicos especialistas, **no se establecieron como parte del equipo estable de las salas**, sino que cumplieron su función como interconsultores.

Se entablaron **disputas por la apropiación de los espacios**, de internación, consultorios, quirófanos, oficinas, etc.

Al desaparecer las fronteras espaciales entre las salas se dio un **control mutuo** y la posibilidad de **reconsiderar más frecuentemente los caminos diagnósticos y terapéuticos** con la participación de diferentes especialidades.

La división de la internación y el ambulatorio como "territorios" propios de clínicos o especialistas tuvo una consecuencia colateral positiva no prevista, colaboró en la intención del proyecto institucional de **jerarquizar la atención ambulatoria y evitar internaciones que sólo tuvieran un propósito diagnóstico**.

Se dio una división del trabajo y de los espacios unidas a una **valorización diferencial del saber** entre:

Los que se dedican al cuidado del paciente y a la organización del proceso asistencial.

Los que se ocupan fundamentalmente del diagnóstico y la terapéutica especializada unida a la investigación y a nuevos desarrollos.

Hubo un fuerte **crecimiento de los conocimientos** en la asistencia de pacientes complejos. La **complejización se dio en su doble sentido: de superespecialización y de enfoque clínico integral** de pacientes con varias patologías asociadas.

El intercambio en la práctica cotidiana produjo **nuevos conocimientos interdisciplinarios y surgieron equipos interdisciplinarios** inexistentes previamente, organizados entorno a la asistencia de patologías fundamentalmente ambulatorias.

Se abrieron **espacios de intercambio** interespecializados e interdisciplinarios como ateneos, pases, espacios de reflexión, reuniones para la organización conjunta del proceso asistencial, etc.

Los modos de funcionamiento y organización concretos parecen reflejar la **yuxtaposición de ideales diversos**:

La valorización del conocimiento muy especializado como posibilitador de nuevas metas asistenciales.

La desvalorización de prácticas muy tecnologizadas que pierden de vista el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia.

La valorización de un enfoque global del paciente y de un seguimiento del proceso asistencial.

El desestimar evaluaciones del estado general del paciente y considerarlas rituales burocráticos o innecesarias.

En la práctica se visualiza esta yuxtaposición de modelos asistenciales e ideales de salud en controversia. Pacientes en situaciones semejantes pueden recibir tanto una terapéutica intensiva con recursos técnicos invasivos, como cuidados paliativos, según quien lo atienda en esa circunstancia.

Esta contradicción plantea a clínicos, terapeutas y especialistas, cuestionamientos sobre el objetivo asistencial y da lugar, cada vez más frecuentemente, a la creación de espacios de reflexión sobre la problemática como: encuentros interespecializados para la discusión de un paciente, consultas al Comité de Ética, elaboración de criterios para la atención de pacientes graves.

CUADRO: PRIMER ESQUEMATIZACIÓN DE PERIODOS EN LA PEDIATRIA

EPOCAS	IDEALES	CONOCIMIENTOS	PRACTICAS	INSTITUCIONES	MODOS DE ORGANIZACIÓN	CONTEXTO POLITICOSOCIAL

'45	El niño como individuo, Diferenciado del adulto. Relación madre-hijo.	Pediatría Francesa por Síndromes. Diferenciación entre clínicos y cirujanos	Observar, mirar, tocar, oler. Internación conjunta. Consideración de lo psicosocial.	Hosp.Gutierrez Sociedad de Pediatría. Casa de Escardó.	Sala de Escardó.	Fin de Segunda Guerra. Migración interna y derechos de los trabajadores a salud y educación.
'55	Deseo de investigar.	Fisiopatología de E.U. Asesoramiento de médicos franceses.	Laboratorios en las salas. Anat patológica.	Hosp.Gutierrez.	Residencia. Ateneos general. Consultorio del niño sano.	Comercio internacional: acceso a bibliografía y formación en el extranjero.
'60	Fascinación por tecnologías nuevas.	Técnicas y conocimientos especializados.	Investigación en áreas recortadas.	Hosp.Gutierrez Hosp. Elizalde	Sala especializada	E.U. es el modelo de desarrollo técnico y científico.
'75	Formación básica Atenc.global.		Clínico como referente	Hosp. Italiano Sanat. Güemes	Sala polivalente	Proceso militar.
'85	Interdisciplin. Interespecialidad. Clínico integrador.	Administración Hospitalaria Coordinación y cuidado del paciente. Especialización	Alta complejidad.	Hosp. Garrahan.	Salas polivalentes.	Democracia Apertura de un Hosp. Pediátrico de referencia.
<b>Fin de Siglo en el Hosp. Garrahan</b>	Yuxtaposición de ideales: valorización/ desvalorización.	Desarrollo de subespecialidades y de conocimientos superespecializados.	Organización por complejidad. Cuidados paliativos.	Hosp. Garrahan	Salas polivalentes y preferencial para algunas especialidades.	La autogestión Alta complejidad pediátrica.

## LA IMPLICACION DEL EQUIPO INVESTIGADOR

### LA IMPLICACION DEL EQUIPO INVESTIGADOR

El análisis de nuestra implicación en la problemática es una tarea fundamental en la investigación<sup>3</sup>. Este trabajo nos llevó a analizar permanentemente nuestro propio ideal de una asistencia con un enfoque global, que puede sesgar la interpretación de los fenómenos en los que intervienen una multiplicidad de intereses que trascienden ampliamente la cuestión.

La participación en el equipo de investigación de psicólogos y clínicos pediatras, rica en el aporte de perspectivas diversas, lleva a un análisis de las creencias de los propios integrantes del equipo, generado por los atravesamientos de los instituidos profesionales y de los diferentes compromisos con el Hospital Garrahan, con la asistencia y con la investigación.

## SINTESIS

En el momento actual de nuestra investigación, articulando nuestra experiencia de Consultoría en el Hospital Garrahan con nuestro recorrido por la bibliografía que da cuenta de los ideales pediátricos de la última mitad de siglo y las entrevistas realizadas a pediatras que comenzaron a ejercer su profesión en la década del '50 consideramos que:

Para lograr una comprensión del rol del clínico pediatra debemos contextualizarlo en el marco de los ideales y valores que definieron un estilo de práctica en los diferentes períodos de la historia de la Medicina, de la Ciencia y del país. Ya que la crisis en las representaciones de los clínicos sobre su rol y los esfuerzos por reinterpretar su función en el Hospital, puede ser comprendida en el contexto de la disputa de enfoques analíticos e integradores en la evolución del pensamiento científico y la alternancia

cíclica o a la yuxtaposición de ideales diversos (a veces opuestos y contradictorios) en un mismo momento social y en una misma organización.

Hemos introducido en nuestra conceptualización diversos paradigmas teóricos que aportan a un enfoque institucional de las prácticas profesionales para comprender las disputas en el campo médico hospitalario en función de los intereses invertidos en el mismo<sup>4</sup>, la sobrevivencia de tradiciones previas incorporadas en las prácticas actuales<sup>5</sup> y la creación original de modelos de pensamiento y organización<sup>6</sup>.

Los modelos asistenciales están fuertemente encadenados a la lucha entre grupos médicos por la prevalencia de un modo de entender y por lo tanto de atender al paciente, en función de conocimientos diferentes y de reconocimientos sociales disímiles. Por lo tanto, una mejor conceptualización de la función del clínico puede aportar a la revalorización de una modalidad asistencial integral al posibilitar explicar y ejercer con una definición más clara la práctica se puede mejorar la elaboración de acuerdos en el seno de la propia comunidad médica y modificar las expectativas de la población sobre el tipo de atención al que puede aspirar.

Las Asociaciones Profesionales extra hospitalarias colaboran en la distribución de valores entre las diferentes prácticas pediátricas. Casi la totalidad de los pediatras, cualquiera sea su especialidad, pertenecen a la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), pero además, gran parte de los especialistas pediátricos tienen una segunda pertenencia institucional, a la Sociedad que reúne a los médicos de su misma especialidad que atienden tanto adultos como niños. La pertenencia a esta otra institución, que tiene reglas de inclusión y exclusión propias, aporta un refuerzo a su identidad profesional y a un modelo de práctica.

Los clínicos pediatras carecen de una asociación "exclusiva", es decir excluyente, de otros pediatras, que les aporte una identidad como subgrupo diferenciado. Coincidentemente, el Hospital Garrahan tampoco configuró un Servicio de Clínica Pediátrica y obviamente los clínicos no tienen Jefe de Servicio. Este hecho resulta especialmente sorprendente si lo contrastamos con la relevancia del liderazgo que tuvieron Florencio Escardó en décadas anteriores y C. Gianantonio, vigente aún en el momento de apertura del Hospital Garrahan.

La búsqueda de la inmortalidad, fantasía que ha sido fuente y motor de la investigación y del descubrimiento científico y que ha sido reforzada por la velocidad y magnitud del crecimiento tecnológico, parece generar un efecto paradójico. Las expectativas de salud y de curación son depositadas tan masivamente en la sofisticación técnica que queda desvalorizado el cuidado personal de la salud y desacreditado, cuando no olvidado, el acompañamiento familiar y profesional.

Parecen pobres y escasos ante los valores de la Modernidad los ideales de una mirada integral.

## **SURGIMIENTO DE NUEVOS INTERROGANTES**

La inexistencia de un liderazgo clínico en el Hospital Garrahan abre nuevas preguntas a explorar:

- ¿Inició la relevancia simbólica del liderazgo de Carlos Gianantonio en la imposibilidad de sustituirlo en el imaginario profesional estando él aún con vida y no aceptando él mismo la participación en la ejecución del nuevo proyecto?
- ¿Se esperaba que la conducción misma del Hospital condujese a los clínicos, por lo que no había que diferenciar un Servicio específico?
- ¿En un momento en que la polémica sobre el modelo de organización y la disputa por el poder de conducción de las salas estaba en pleno auge, no era factible ocupar la Jefatura de un Servicio Clínico que estuviera en un estamento jerárquico más alto que los demás?
- ¿La idealización de los aportes especializados al diagnóstico y la terapéutica, ejerció un efecto de fascinación tal en los clínicos, que relativizó comparativamente, para ellos mismos, el valor de su propio rol?

## **BIBLIOGRAFIA**

- Anderson, B.: *Imagined communities*. Internet.
- Bensaid, N. (1976) *La consulta médica*. Buenos Aires. Ed. Siglo XXI.
- Bourdieu, P y Wacquant, L. (1995) *Respuestas. Por una Antropología reflexiva*. México. Ed. Grijalbo.
- Carapinheiro, Graça. (1993) *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto, Portugal. Edições Afrontamento.
- Castoriadis, C. (1993) *La institución imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires. Ed. Tusquets.
- Cicourel, A. (1985) "Raisonnement el Diagnostic . Le role du discours et de la comprehension

- clinique en medicine". *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, N° 60, Paris. Pags: 79-88.
- Clavreul, J. (. 1983) *El orden médico.* Barcelona. Ed. Argot
  - Dal Bo, A. (1995) Cap. "Organización de los Servicios Médicos" en O'Donnell, J.C. *"Administración de Servicios de Salud"*. Tomo I. Bs. As. Editorial Docencia.
  - Escardó, F. (1951) *La Pediatría Medicina del hombre.* .Bs. As. Ed. El Ateneo.
  - Escardó, F. (1965) *Qué es la Pediatría?* Bs. As. Ed. Columba.
  - Foucault, M. (1997) *El nacimiento de la Clínica.* México. Ed. Siglo XXI.
  - García, Rolando. (1991) *La investigación interdisciplinaria de sistemas complejos.* México - Buenos Aires. CEA, Serie materiales, 1/91
  - Gianantonio, C. (1984) "En relación con el niño y su ecología". *Archivos Argentinos de Pediatría.* Volúmen 82. Pág 165.
  - Israel, L.: *La decisión médica.* Ed. Emecé. Buenos Aires. 1983.
  - Lourau, R. (1988) *El análisis institucional.* Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
  - Luchina, I. (1982) *El Grupo Balint. Hacia un modelo clínico situacional.*, Bs. As. Ed. Paidós Grupos e Instituciones.
  - Malfé, R. (1989) "El espacio institucional". *Revista Argentina de Psicología* No. 39. Bs. As.
  - Malfé, R. (1994) *Fantásmata.* Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
  - Muel-Dreyfus, F.: "Le fantome du medecin de famille". Notes e esquisses en *Actes de la recherche en Sciences Sociales.*
  - Prigogine, I. (1996) *El fin de las certidumbres.* Santiago de Chile, Ed. Andrés Bello.
  - Schejter, V., Emmer, S. (1997) "Las problemáticas del equipo asistencial ante el dolor , la vida y la muerte. Un análisis desde la Psicología institucional", *Revista Tramas, subjetividad y procesos sociales*, No.11. Publicación de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México.
  - Schejter, V. (1997) Cap. "La Psicología Institucional en las Organizaciones de Salud" en O'Donnell, J.C., *Administración de Servicios de Salud.* Tomo II, Bs. As. Editorial Docencia.
  - Schejter, De la Aldea, Emmer.: "Trabajo de enfermería, su novela laboral". *Revista Argentina de Psicología*, N° 39. 1989. Bs. As.
  - Ulloa, F. (1995) *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica.* Buenos Aires, Ed. Paidós.
  - Vigarello, G. (1995) *Lo sano y lo malsano, desde la edad media hasta nuestros días.* Montevideo. Ed. Trilce.
-

## **ESPECIFICIDAD DE LA MIRADA CLINICA ROL DEL CLÍNICO PEDIATRA Y SU RELACIÓN CON LOS ESPECIALISTAS**

Autora: Lic. Virginia H. Schejter

Presentamos la problemática y los primeros avances de un proyecto de investigación trienal, que fue acreditado en la Programación de UBACYT 1998-2000.\* El mismo tiene sede en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

### **LA INVESTIGACIÓN SE ORIGINA EN UN TRABAJO DE CONSULTORÍA**

Nuestra preocupación por investigar en profundidad la especificidad del enfoque que hace el clínico pediatra del paciente y la diferencia con las intervenciones que realizan los especialistas pediátricos, surge en el contexto del trabajo como consultora en Psicología Institucional en el Hospital de Pediatría "Juan P. Garrahan", desde su inauguración en 1987.

A partir de que en el Hospital se puso en práctica un modelo organizacional que tuvo como objetivo fundamental ofrecer una asistencia desde una mirada global del paciente, a través de la interrelación de clínicos y especialistas.

Con este objetivo este se organizó con tres características nuevas:

1) Una organización matricial del trabajo, en la que cada médico de la institución tiene una doble dependencia:

- del Servicio de su propia disciplina o especialidad
- del Coordinador clínico del sector (sala de internación o asistencia ambulatoria) donde está desarrollando su tarea.

2) Una internación en salas polivalentes (en las que se internan los pacientes independientemente de la patología que tienen), por cuidados progresivos: intermedios y moderados, o intensivos.

3) La Coordinación de la sala se puso a cargo de médicos clínicos y también la planta estable de profesionales. A pesar que se preveía que los especialistas serían asignados a una o más salas, para gestar el equipo interdisciplinario, en los hechos esto no se pudo concretar.

Esta modalidad de organización, diferente de la de los Hospitales tradicionales organizados en salas especializadas, en las que se habían formado la mayor parte de los médicos, llevó a los clínicos pediatras a tener que asistir pacientes con patologías que no trataban anteriormente porque eran internados en salas donde sólo había especialistas y pocas veces se consultaba a los clínicos sobre esos pacientes.

En las salas polivalentes el contacto cotidiano con especialistas que sí conocían con profundidad los caminos diagnósticos y terapéuticos para encarar las patologías que se asistían y lo lento y trabajoso que fue ir encontrando modos adecuados de trabajo en equipo con médicos de diferentes especialidades como había sido imaginado en el proyecto original, llevó a que los clínicos se replantearan cuál era su campo de conocimiento y de acción.

### **CRISIS DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL DEL CLÍNICO**

Consideramos que se planteó una crisis en la identidad profesional del clínico pediatra en un Hospital de alta complejidad, en el que la interconsulta a especialistas con un saber reconocido es accesible, además de ser lo esperado.

Los clínicos comenzaron a reelaborar las representaciones anteriores sobre su rol en el Hospital y a reinterpretar su puesto de trabajo.

Se comenzaron a interrogar sobre cuál era la función propia de su nuevo emplazamiento institucional e incluso, cuál el conocimiento requerido para el ejercicio de esa función.

La formación asistencial anterior, que había ido constituyendo su identidad profesional en el ejercicio mismo de su práctica hospitalaria, no era adecuada para la nueva organización y además, la mayoría carecía de formación para el desempeño de las tareas de coordinación e integración de equipos que les requería su nuevo rol.

En un primer momento algunos clínicos consideraron que el camino era profundizar en el conocimiento de todas las especialidades. De hecho esto ocurrió en cierta medida, a partir de la experiencia del trabajo con otros especialistas entorno a patologías complejas, aunque obviamente encontró la limitación de la imposibilidad de abarcar todo el conocimiento especializado dada la continua y rápida expansión de la información relevante.

En un momento posterior, ante las dificultades para precisar su rol, algunos clínicos jóvenes eligieron especializarse y dejaron la Clínica Pediátrica.

En algunos sectores, en los que a pesar de la intención original de que las salas de internación

fueran polivalentes se concentraron pacientes que tenían una misma patología o requerían de una misma terapéutica, se visualizó con más claridad una tarea propia del clínico. La de aportar una mirada integral del paciente y de su familia, cualquiera sea la patología y el nivel de complejidad. Perspectiva que no suele ser cubierta totalmente por los especialistas o que lo es solamente en algunas etapas del tratamiento.

En este contexto comenzaron a desarrollarse algunas Clínicas especializadas, por ejemplo la Clínica Oncológica y la Clínica Quirúrgica. Surgieron en el manejo cotidiano conjunto, de clínicos y especialistas, de pacientes que requerían de estos últimos como referentes fundamentales. Esto permitió profundizar en el conocimiento global de una sola o unas pocas patologías, conocer las complicaciones que requerían ser previstas, lo que convenía hacer y no hacer en cada caso.

La sala polivalente en cambio, llevó a adquirir un valioso conocimiento de muchas patologías. Pero fue sentido insuficiente para prever eventualidades y percibido como un aporte escaso al paciente.

En algunos casos los mismos clínicos creyeron que el paciente “era” del especialista “que sabía” sobre la patología principal del paciente y sintieron diluirse el sentido de su aporte al no poder definir con claridad el saber específicamente clínico.

Transitando esta experiencia, de modos desparejos, fueron delimitando un nuevo perfil de su rol y reelaboraron las representaciones anteriores sobre su puesto de trabajo. Pero en términos generales, los clínicos que en el proyecto original habían sido representados como los coordinadores de la asistencia, se sintieron administradores de diagnósticos y tratamientos pensados por otros.

Las dificultades compartidas generaron confraternidades que se configuraron en dos subgrupos, el de los “clínicos” y el de los “especialistas”. En el subgrupo de los “especialistas” quedaron integrados tanto cirujanos generales como cirujanos especializados y clínicos especializados. Esta denominación que engloba saberes y prácticas muy diversas, muestra que el criterio de agrupamiento no estuvo realmente delimitado por el tipo de saber y de práctica, como pareciera por las denominaciones, sino que se diferenció entre los que se quedaron de modo estable en las salas de internación y los que no encontraron un lugar en ellas y se instalaron fundamentalmente en los consultorios externos y en las oficinas y lugares de estar de cada especialidad.

La necesidad de aclarar el ejercicio del rol del médico clínico trasciende la problemática que la organización particular de este Hospital pone de manifiesto. En las instituciones asistenciales donde el crecimiento de la especialización ha sido más importante, como, por ejemplo los Hospitales de atención exclusivamente pediátrica, la crisis de la identidad del médico general se hace más notable, esto se da, con más énfasis aún, en la atención de adultos en los centros asistenciales universitarios.<sup>1</sup>

## **LAS REPRESENTACIONES SOBRE LOS ROLES DE LOS MÉDICOS**

La historia de la Medicina como la de toda la Ciencia muestra períodos de análisis y períodos de síntesis.

En la segunda mitad del siglo XX hubo grandes transformaciones en la concepción popular y científica de cuidado del cuerpo y de los límites entre lo “sano” y lo “malsano”. Asociada a una división y especialización del conocimiento científico, ante la imposibilidad de abarcar un sólo investigador la totalidad del espectro de la Medicina.

Las representaciones sociales y la valorización profesional sobre la consulta médica se trasladaron, del *rappor*t de los pacientes con el “médico de familia”, a los médicos que utilizan técnicas sofisticadas. Con un aumento del prestigio social y científico de estos últimos y una diferencia notable en la remuneración del trabajo de unos y otros.

El desarrollo de los especialistas se asoció a un fuerte crecimiento de la tecnología médica y a la búsqueda de certidumbres probabilísticas que hicieran previsible la evolución de las patologías.

En los hechos las consultas a veces son hechas paralelamente a especialistas en distintas patologías, con enfoques diversos que tienen una visión en túnel y que resuelven, gran parte de las veces, de manera aislada sin considerar la interacción de factores diversos y sin una visión global de la situación particular.

La complejidad de los problemas de la salud muestra la insuficiencia del estudio fragmentario de especialistas para analizar los procesos y diagnosticar sus causas, dada la mutua dependencia e interconexión de los diferentes aspectos del ser humano, de la que no dan cuenta las consultas sucesivas o paralelas, desconectadas entre sí.

En este contexto resurgen representaciones sobre el rol del médico de épocas anteriores en las que el hoy llamado “médico clínico” o “médico general” y antes “médico familiar”, es la figura principal.

Este médico general es visualizado como el que debe asegurar una mirada global del paciente y a la vez, quien coordina las acciones de los especialistas que intervienen, constituyendo un equipo interespecializado e interdisciplinario que pueda pensar en conjunto, con una comprensión estructural del paciente y una asistencia con etapas de trabajo diferenciado y etapas de trabajo integrado.

Paralelamente, en la medicina institucional privada también resurge la presencia del médico general, pero en ésta, en general, el acento es puesto en disminuir los costos asistenciales. El clínico (pediátrico o de adultos) es ubicado en la "puerta de entrada" del sistema asistencial con el objetivo de evitar la consulta especializada y bajar el número de estudios diagnósticos complejos.

### **ROL IDEAL DEL CLINICO PEDIATRA**

A través de lo recabado en la bibliografía, en el trabajo de consultoría y en las entrevistas realizadas delineamos las características del "rol ideal" del clínico pediatra, según sus propios valores e ideales. Se sintetizan en que:

Realice una primer orientación en la consulta inicial, definiendo los objetivos asistenciales, jerarquizando y organizando los problemas a resolver y definiendo el área, sistema o aparato comprometido.

Haga el seguimiento y cuidado clínico a lo largo del diagnóstico y tratamiento.

Oriente en la resolución de problemas de la vida cotidiana relacionados con la enfermedad.

Enfoque preventivamente la situación, detectando indicadores de enfermedades potenciales e intervenga con acciones anticipatorias.

Establezca un vínculo con los pacientes desde una perspectiva global que atienda la salud en general, el desarrollo y crecimiento, tome al cuerpo como una unidad y considere la multideterminación etiológica.

Incorpore lo psicológico como causa, como consecuencia y como concomitante al síntoma.

Considere el costo afectivo de los estudios diagnósticos y tratamientos.

Incluya a la familia como informante, como causante y como continente. Evalúe sus potencialidades terapéuticas y le dé un lugar en el cuidado del paciente.

Brinde una asistencia personalizada, establezca una relación de confianza se interese por la vida del paciente y la familia.

Dedique tiempo a escuchar y a preguntar.

Valorice su opinión, acompañe y contenga.

Asesore en función de sus características, circunstancias y proyectos.

Los mantenga informados sobre modalidades diagnósticas, terapéuticas y pronóstico, explicando la patología en un lenguaje comprensible.

Tome decisiones reflexionando con el paciente y la familia.

Según su propia mirada la mayor parte de los valores considerados como inherentes al ejercicio de la Clínica están relacionados con el enfoque global de la asistencia, con el tipo de vínculo que entabla con el paciente y con la consideración de los aspectos afectivos.

Estos valores que sustentan coinciden con los ideales de una "buena medicina" y podrían ser el marco de referencia para el ejercicio de la práctica médica en general.

### **EL HOSPITAL COMO ÁMBITO PRIVILEGIADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL**

En la República Argentina más del 90% de los recursos profesionales de salud se forman en el Hospital público.

Como el Hospital es el lugar de formación los modelos de práctica adquiridos en él se reproducen en otros ámbitos de actividad.

En el proceso de cambio cultural en las concepciones de la salud y de los objetivos asistenciales, la ausencia de la incorporación de una definición suficientemente clara de los roles de cada médico enfatiza la lucha por la definición y distribución de funciones entre clínicos y especialistas y es una fuente de dificultades. Genera dudas, errores, dificultad para la coordinación de tareas, redundancia y superposición de las acciones de distintos profesionales, omisión de acciones, desorganización del trabajo, disolución de responsabilidades, competencia en la toma de decisiones o confrontación polarizada de ideas.

En el campo de la Medicina pública el saber es el capital fundamental y el Hospital es el escenario de la lucha por la validación de los distintos saberes.

### **TRANSFORMACION DE LOS MODELOS DE ORGANIZACIÓN**

En la Argentina los modelos de organización de los Hospitales se han ido transformando acordes a los valores y modalidades asistenciales imperantes en la Medicina.

Algunos autores<sup>2</sup> definen que en el último siglo se concibieron tres tipos de Hospitales que se correlacionaban con diferentes diseños arquitectónicos:

En los 1<sup>ros</sup> el objetivo principal era el aislamiento, para lo cual estaban divididos en pabellones separados.

En los 2<sup>dos</sup> el objetivo principal era el estudio del paciente en internaciones prolongadas. Las salas o pisos eran la unidad principal distribuidas por especialidades.

En los 3<sup>tos</sup> el objetivo principal es brindar una atención integrada e integral. La organización se basa en los cuidados progresivos, las camas no se separan por especialidades sino por la intensidad del cuidado terapéutico requerido. Estos hospitales no se diferencian por la especialidad a que atienden sino por el grado de concentración de tecnología y recursos complejos.

## **LA PSICOLOGÍA INSTITUCIONAL COMO HERRAMIENTA CONCEPTUAL**

La Psicología Institucional aporta una mirada externa al campo de la Medicina analizando sus prácticas, los modos de organización y de intercambio.

Esta investigación se propone hacer un diagnóstico desde la Psicología Institucional que conceptualice los enfoques asistenciales de las prácticas médicas clínica y especializadas hechos con una perspectiva holística o fragmentada, a través de:

- “ Historizar las condiciones socioeconómicas, institucionales, profesionales e ideológicas que favorecieron o generaron modalidades de diagnóstico y asistencia con uno u otro enfoque en el campo de la Medicina hospitalaria.

- “ Evaluar la repercusión de modelos y poderes anteriores proveniente de otras instituciones como: la Facultad de Medicina, las Asociaciones Profesionales, los Hospitales de los que provienen los profesionales.

- “ Analizar los sistemas de creencias y valores instituidos en las categorías de pensamiento del cuerpo médico sobre la asistencia y la investigación, que sostienen los estilos de prácticas, los modos de organización del hospital y establecen un sistema de jerarquías.

- “ Identificar los **intereses** que determinan la elección de un modelo de práctica y de un enfoque de conocimiento.

- “ Analizar la incidencia de poderes y prestigios en la distancia existente entre el rol ideal y el rol efectivo de las distintas prácticas médicas.

- “ Analizar la estructura y funcionamiento de la división del trabajo, del tiempo y del espacio entre las especialidades en el seno del hospital y las relaciones de poder que las sostienen.

- “ Percibir las distintas formas que adopta la violencia simbólica en la relación clínico - especialista, las posibilidades de producir efectos en esa relación y las resistencias al cambio.

- “ Analizar las posiciones de los médicos clínicos y la de los médicos especialistas en el contexto de la consulta y las relaciones de fuerza que se establecen en función del saber sobre el cuerpo y la salud con los pacientes y los padres.

## **DEFINICIONES NECESARIAS PARA LA INVESTIGACIÓN**

A los fines de esta investigación se define como:

1) “Especialidad”, el conocimiento afinado de:

- una parte del organismo
- una función del organismo
- una clase de patología
- un tipo de técnicas diagnósticas o terapéuticas
- una situación por la que transcurre el paciente

2) “Pediatria”, adoptamos lo que plantea Florencio Escardó que: “cuando se habla de Pediatría como la Medicina de la edad evolutiva (aquella en la que se cumplen el crecimiento y la maduración) se acepta que no se trata de una especialidad sino, precisamente de todo lo contrario, del conocimiento médico de todos los órganos y funciones y de la totalidad del ser humano en trance evolutivo”.

Es decir, que la consideramos como la Clínica General de la infancia y de la adolescencia.

Diferenciándola del uso habitual en el que se la nombra como “especialidad” por el hecho de ocuparse de una etapa particular de la vida del ser humano.

## **OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN**

Reconocer y evaluar las formas en que se plasma el rol del médico clínico pediatra en la atención de los pacientes y en la interrelación con los especialistas en instituciones hospitalarias.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar los roles definidos teóricamente por la comunidad médica acerca de la actividad clínico pediátrica.



2. Indagar las similitudes y diferencias entre las prácticas pediátricas de las generaciones previas al gran desarrollo de las especialidades, con la práctica actual de médicos con distinta antigüedad en la profesión.

3. Definir y caracterizar la forma en que los clínicos pediatras concretan su trabajo en la práctica y contrastarlo con los roles esperados.

4. Identificar funciones que son cumplidas por clínicos y especialistas en forma indistinta, excluyente o en conjunto, para:

4.1 Caracterizar lo específico del rol de clínico pediatra, de su modo de conocer y hacer.

4.2 Analizar el criterio implícito en la delimitación de funciones y en la distribución del trabajo.

4.3 Evaluar si hay diferencias significativas en las formas en que se concreta la actividad de la clínica pediátrica y la de los especialistas pediátricos.

4.4 Evaluar eventuales diferencias entre los roles de clínicos pediatras que trabajan en hospitales generales y en hospitales pediátricos.

4.5 Evaluar eventuales diferencias entre los roles de clínicos pediatras que trabajan en hospitales pediátricos con o sin organización por cuidados progresivos, ya que plantean explícitamente modelos de interrelación profesional diferentes.

Conceptualizar el sistema de creencias y valores que sustentan el modo de conocer y la práctica clínica. Semejanzas y diferencias con la práctica especializada.

## **METODOLOGÍA**

Utilización de metodología de investigación cualitativa y análisis de fuentes no estructuradas, apoyado en el programa NUD IST para su procesamiento.

Implementación de:

1) **Entrevistas semiestructuradas** a tres cohortes de clínicos pediatras que ejercieron o ejercen su actividad en tres etapas:

**A.** Informantes calificados que ejercieron la profesión en las décadas del '50 y '60.

**B.** Médicos que la comenzaron a ejercer entre el '65 y el '80 con el auge de la especialización.

**C.** Médicos que la ejercen desde el '87 en adelante, después de la apertura del Hospital Garrahan, con una nueva organización y un lugar institucional distinto del clínico.

Los criterios utilizados para definir estos períodos de práctica profesional fueron:

- el surgimiento de conocimientos inexistente previamente, que se van diferenciando en prácticas especializadas, con diversos modos y grados de interrelación entre ellas.

- la preocupación por la recuperación de una asistencia integral desde una Medicina General.

2) **Observación participante de interconsultas** entre clínicos y especialistas pediátricos.

3) **Relevamiento de registros en Historias Clínicas.**

Estos datos serán cruzados con tipologías asistenciales definidas en función de:

\* La mirada holística o fragmentada del paciente.

\* La función de integración del equipo asistencial conformado por: clínicos, cirujanos generales, especialistas quirúrgicos y especialistas clínicos y otras disciplinas que participan de la asistencia: enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, farmacéuticos, bioquímicos, biólogos, técnicos, etc.

## **SECUENCIA DE LA EVOLUCIÓN DE LOS IDEALES EN PEDIATRÍA EN LA ARGENTINA**

Analizando las entrevistas realizadas a informantes calificados que ejercieron la profesión en las décadas del '50 y '60, organizamos la secuencia de la evolución de los ideales en la Pediatría en el último medio siglo e identificamos la relación de esta evolución con:

- El desarrollo científico nacional e internacional.

- Nuevos modelos de organización de las instituciones asistenciales.

- Las condiciones políticas y sociales.

- Los medios de comunicación y la globalización de la información.

- El comercio internacional condicionando el acceso a bibliografía extranjera y a la formación post – grado en el exterior.

## **PERIODIZACIÓN**

Desarrollamos una primer aproximación a una periodización, que iremos corrigiendo y completando con los datos que sean recabados en las próximas entrevistas:

**Desde el '45:** La diferenciación entre especialidades era fundamentalmente entre la clínica y la cirugía,

aunque los cirujanos no se dedicaban exclusivamente a la Cirugía Pediátrica, atendían tanto niños como adultos o hacían trabajo clínico y quirúrgico. Comenzaron a surgir conocimientos especializados en algunas áreas. Se seguía el modelo de la Pediatría Francesa de grandes síndromes. El diagnóstico era fundamentalmente a través de la observación: mirar, tocar y oler. Los valores fundamentales eran el respeto al niño como individuo y la valorización del vínculo madre – hijo como fundamental para el crecimiento. Se pone énfasis en la consideración de las particularidades de la edad evolutiva diferenciada de la edad adulta, (“el niño no es un adulto pequeño”).

**Desde el '55:** La inclusión de la Fisiopatología y la apertura al intercambio de conocimiento con otros países. A lo que se suma el inicio de la Residencia en Pediatría en el Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez” con médicos jóvenes que para responder a sus interrogantes consultaban a otros médicos. Paralelamente se abrió el intercambio entre profesionales en Ateneos Generales del Hospital. El ideal del pediatra estaba ligado al deseo de investigar para poder responder a las problemáticas sin respuesta que generaba la asistencia. Con gran entusiasmo cuando descubrieron en la Fisiopatología articulaciones explicativas de las relaciones entre los síntomas que configuraban los síndromes, que hasta ese momento eran meramente descriptivos del conjunto de síntomas que configuraban los cuadros patológicos.

**Desde el '60:** Desarrollo de tecnologías y conocimientos especializados. Se multiplicaron las investigaciones y la publicación de trabajos que estudiaban en profundidad problemáticas recortadas. Comenzaron a enfatizarse las tendencias a conocer más de algunas problemáticas en particular.

**Desde el '75:** Durante el proceso militar, al ser echados del Hospital de Niños los referentes ideológicos de la Clínica Pediátrica organizaron servicios pediátricos en instituciones privadas. En ellas se sostuvo la idea del clínico como referente y en uno de ellos se organizó una sala de internación polivalente coordinada por clínicos. Paralelamente la Sociedad Argentina de Pediatría comenzó a tomar una prueba para otorgar el título de médico pediatra evaluando la formación general básica. Produjeron fascinación las posibilidades de las nuevas tecnologías. Tener un conocimiento o técnica poco o nada desarrollado en el medio profesional implicaba una distinción, en su doble sentido de diferenciación y prestigio.

**Desde el '85:** Se comenzó a planificar la organización del Hospital de Pediatría “Juan P. Garrahan” como una institución de referencia de alta complejidad, que funcionaría con salas polivalentes por cuidados progresivos, coordinadas por clínicos que serían los médicos de cabecera de los pacientes. Los ideales estaban ligados al clínico como médico de cabecera y se planteaba la necesidad de una formación básica previa a la especialización, en las Residencias.

## **SITUACIÓN ACTUAL A FINES DE SIGLO EN EL HOSPITAL GARRAHAN**

En función de las diversas polémicas vividas, de los atravesamientos económicos, políticos y sociales y de los grados de autonomía con que se movieron los distintos grupos surgieron una serie de situaciones nuevas:

En la práctica, los médicos especialistas, **no se establecieron como parte del equipo estable de las salas**, sino que cumplieron su función como interconsultores.

Se entablaron **disputas por la apropiación de los espacios**, de internación, consultorios, quirófanos, oficinas, etc.

Al desaparecer las fronteras espaciales entre las salas se dio un **control mutuo** y la posibilidad de **reconsiderar más frecuentemente los caminos diagnósticos y terapéuticos** con la participación de diferentes especialidades.

La división de la internación y el ambulatorio como “territorios” propios de clínicos o especialistas tuvo una consecuencia colateral positiva no prevista, colaboró en la intención del proyecto institucional de **jerarquizar la atención ambulatoria y evitar internaciones que sólo tuvieran un propósito diagnóstico**.

Se dio una división del trabajo y de los espacios unidas a una **valorización diferencial del saber** entre:

Los que se dedican al cuidado del paciente y a la organización del proceso asistencial.

Los que se ocupan fundamentalmente del diagnóstico y la terapéutica especializada unida a la investigación y a nuevos desarrollos.

Hubo un fuerte **crecimiento de los conocimientos** en la asistencia de pacientes complejos. La

**complejización se dio en su doble sentido: de superespecialización y de enfoque clínico integral** de pacientes con varias patologías asociadas.

El intercambio en la práctica cotidiana produjo **nuevos conocimientos interdisciplinarios y surgieron equipos interdisciplinarios** inexistentes previamente, organizados entorno a la asistencia de patologías fundamentalmente ambulatorias.

Se abrieron **espacios de intercambio** interespecializados e interdisciplinarios como ateneos, pases, espacios de reflexión, reuniones para la organización conjunta del proceso asistencial, etc.

Los modos de funcionamiento y organización concretos parecen reflejar la **yuxtaposición de ideales diversos**:

La valorización del conocimiento muy especializado como posibilitador de nuevas metas asistenciales.

La desvalorización de prácticas muy tecnologizadas que pierden de vista el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia.

La valorización de un enfoque global del paciente y de un seguimiento del proceso asistencial.

El desestimar evaluaciones del estado general del paciente y considerarlas rituales burocráticos o innecesarias.

En la práctica se visualiza esta yuxtaposición de modelos asistenciales e ideales de salud en controversia. Pacientes en situaciones semejantes pueden recibir tanto una terapéutica intensiva con recursos técnicos invasivos, como cuidados paliativos, según quien lo atienda en esa circunstancia.

Esta contradicción plantea a clínicos, terapeutas y especialistas, cuestionamientos sobre el objetivo asistencial y da lugar, cada vez más frecuentemente, a la creación de espacios de reflexión sobre la problemática como: encuentros interespecializados para la discusión de un paciente, consultas al Comité de Ética, elaboración de criterios para la atención de pacientes graves.

CUADRO: PRIMER ESQUEMATIZACIÓN DE PERIODOS EN LA PEDIATRIA

EPOCAS	IDEALES	CONOCIMIENTOS	PRACTICAS	INSTITUCIONES	MODOS DE ORGANIZACIÓN	CONTEXTO POLITICOSOCIAL
'45	El niño como individuo, Diferenciado del adulto. Relación madre-hijo.	Pediatría Francesa por Síndromes. Diferenciación entre clínicos y cirujanos	Observar, mirar, tocar, oler. Internación conjunta. Consideración de lo psicosocial.	Hosp.Gutierrez Sociedad de Pediatría. Casa de Escardó.	Sala de Escardó.	Fin de Segunda Guerra. Migración interna y derechos de los trabajadores a salud y educación.
'55	Deseo de investigar.	Fisiopatología de E.U. Asesoramiento de médicos franceses.	Laboratorios en las salas. Anat patológica.	Hosp.Gutierrez.	Residencia. Ateneos general. Consultorio del niño sano.	Comercio internacional: acceso a bibliografía y formación en el extranjero.
'60	Fascinación por tecnologías nuevas.	Técnicas y conocimientos especializados.	Investigación en áreas recortadas.	Hosp.Gutierrez Hosp. Elizalde	Sala especializada	E.U. es el modelo de desarrollo técnico y científico.
'75	Formación básica Atenc.global.		Clínico como referente	Hosp. Italiano Sanat. Güemes	Sala polivalente	Proceso militar.
'85	Interdisciplin. Interespecialidad. Clínico integrador.	Administración Hospitalaria Coordinación y cuidado del paciente. Especialización	Alta complejidad.	Hosp. Garrahan.	Salas polivalentes.	Democracia Apertura de un Hosp. Pediátrico de referencia.
Fin de Siglo en el Hosp. Garraha	Yuxtaposición de ideales: valorización/ desvalorización.	Desarrollo de subespecialidades y de conocimientos	Organización por complejidad. Cuidados paliativos.	Hosp. Garrahan	Salas polivalentes y preferencial para algunas	La autogestión Alta complejidad pediátrica.

n		superespecializaciones.		especialidades.	
---	--	-------------------------	--	-----------------	--

## LA IMPLICACION DEL EQUIPO INVESTIGADOR

### LA IMPLICACION DEL EQUIPO INVESTIGADOR

El análisis de nuestra implicación en la problemática es una tarea fundamental en la investigación<sup>3</sup>. Este trabajo nos llevó a analizar permanentemente nuestro propio ideal de una asistencia con un enfoque global, que puede sesgar la interpretación de los fenómenos en los que intervienen una multiplicidad de intereses que trascienden ampliamente la cuestión.

La participación en el equipo de investigación de psicólogos y clínicos pediatras, rica en el aporte de perspectivas diversas, lleva a un análisis de las creencias de los propios integrantes del equipo, generado por los atravesamientos de los instituidos profesionales y de los diferentes compromisos con el Hospital Garrahan, con la asistencia y con la investigación.

### SINTESIS

En el momento actual de nuestra investigación, articulando nuestra experiencia de Consultoría en el Hospital Garrahan con nuestro recorrido por la bibliografía que da cuenta de los ideales pediátricos de la última mitad de siglo y las entrevistas realizadas a pediatras que comenzaron a ejercer su profesión en la década del '50 consideramos que:

Para lograr una comprensión del rol del clínico pediatra debemos contextualizarlo en el marco de los ideales y valores que definieron un estilo de práctica en los diferentes períodos de la historia de la Medicina, de la Ciencia y del país. Ya que la crisis en las representaciones de los clínicos sobre su rol y los esfuerzos por reinterpretar su función en el Hospital, puede ser comprendida en el contexto de la disputa de enfoques analíticos e integradores en la evolución del pensamiento científico y la alternancia cíclica o a la yuxtaposición de ideales diversos (a veces opuestos y contradictorios) en un mismo momento social y en una misma organización.

Hemos introducido en nuestra conceptualización diversos paradigmas teóricos que aportan a un enfoque institucional de las prácticas profesionales para comprender las disputas en el campo médico hospitalario en función de los intereses invertidos en el mismo<sup>4</sup>, la sobrevivencia de tradiciones previas incorporadas en las prácticas actuales<sup>5</sup> y la creación original de modelos de pensamiento y organización<sup>6</sup>.

Los modelos asistenciales están fuertemente encadenados a la lucha entre grupos médicos por la prevalencia de un modo de entender y por lo tanto de atender al paciente, en función de conocimientos diferentes y de reconocimientos sociales disímiles. Por lo tanto, una mejor conceptualización de la función del clínico puede aportar a la revalorización de una modalidad asistencial integral al posibilitar explicar y ejercer con una definición más clara la práctica se puede mejorar la elaboración de acuerdos en el seno de la propia comunidad médica y modificar las expectativas de la población sobre el tipo de atención al que puede aspirar.

Las Asociaciones Profesionales extra hospitalarias colaboran en la distribución de valores entre las diferentes prácticas pediátricas. Casi la totalidad de los pediatras, cualquiera sea su especialidad, pertenecen a la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), pero además, gran parte de los especialistas pediátricos tienen una segunda pertenencia institucional, a la Sociedad que reúne a los médicos de su misma especialidad que atienden tanto adultos como niños. La pertenencia a esta otra institución, que tiene reglas de inclusión y exclusión propias, aporta un refuerzo a su identidad profesional y a un modelo de práctica.

Los clínicos pediatras carecen de una asociación "exclusiva", es decir excluyente, de otros pediatras, que les aporte una identidad como subgrupo diferenciado. Coincidentemente, el Hospital Garrahan tampoco configuró un Servicio de Clínica Pediátrica y obviamente los clínicos no tienen Jefe de Servicio. Este hecho resulta especialmente sorprendente si lo contrastamos con la relevancia del liderazgo que tuvieron Florencio Escardó en décadas anteriores y C. Gianantonio, vigente aún en el momento de apertura del Hospital Garrahan.

La búsqueda de la inmortalidad, fantasía que ha sido fuente y motor de la investigación y del descubrimiento científico y que ha sido reforzada por la velocidad y magnitud del crecimiento tecnológico, parece generar un efecto paradójico. Las expectativas de salud y de curación son depositadas tan masivamente en la sofisticación técnica que queda desvalorizado el cuidado personal de la salud y desacreditado, cuando no olvidado, el acompañamiento familiar y profesional.

Parecen pobres y escasos ante los valores de la Modernidad los ideales de una mirada integral.

### SURGIMIENTO DE NUEVOS INTERROGANTES

- La inexistencia de un liderazgo clínico en el Hospital Garrahan abre nuevas preguntas a explorar:
- ¿Inició la relevancia simbólica del liderazgo de Carlos Gianantonio en la imposibilidad de sustituirlo en el imaginario profesional estando él aún con vida y no aceptando él mismo la participación en la ejecución del nuevo proyecto?
  - ¿Se esperaba que la conducción misma del Hospital condujese a los clínicos, por lo que no había que diferenciar un Servicio específico?
  - ¿En un momento en que la polémica sobre el modelo de organización y la disputa por el poder de conducción de las salas estaba en pleno auge, no era factible ocupar la Jefatura de un Servicio Clínico que estuviera en un estamento jerárquico más alto que los demás?
  - ¿La idealización de los aportes especializados al diagnóstico y la terapéutica, ejerció un efecto de fascinación tal en los clínicos, que relativizó comparativamente, para ellos mismos, el valor de su propio rol?

## BIBLIOGRAFIA

- Anderson, B.: *Imagined communities*. Internet.
  - Bensaïd, N. (1976) *La consulta médica*. Buenos Aires. Ed. Siglo XXI.
  - Bourdieu, P y Wacquant, L. (1995) *Respuestas. Por una Antropología reflexiva*. México. Ed. Grijalbo.
  - Carapineiro, Graça. (1993) *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto, Portugal. Edições Afrontamento.
  - Castoriadis, C. (1993) *La institución imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires. Ed. Tusquets.
  - Cicourel, A. (1985) "Raisonnement el Diagnostic . Le role du discours et de la comprehension clinique en medicine". *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, Nº 60, Paris. Pags: 79-88.
  - Clavreul, J. (. 1983) *El orden médico..* Barcelona. Ed. Argot
  - Dal Bo, A. (1995) Cap. "Organización de los Servicios Médicos" en O'Donnell, J.C. *Administración de Servicios de Salud*". Tomo I. Bs. As. Editorial Docencia.
  - Escardó, F. (1951) *La Pediatría Medicina del hombre*. Bs. As. Ed. El Ateneo.
  - Escardó, F. (1965) *Qué es la Pediatría?* Bs. As. Ed. Columba.
  - Foucault, M. (1997) *El nacimiento de la Clínica*. México. Ed. Siglo XXI.
  - García, Rolando. (1991) *La investigación interdisciplinaria de sistemas complejos*. México - Buenos Aires. CEA, Serie materiales, 1/91
  - Gianantonio, C. (1984) "En relación con el niño y su ecología". *Archivos Argentinos de Pediatría*. Volúmen 82. Pág 165.
  - Israel, L.: *La decisión médica*. Ed. Emecé. Buenos Aires. 1983.
  - Lourau, R. (1988) *El análisis institucional*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
  - Luchina, I. (1982) *El Grupo Balint. Hacia un modelo clínico situacional.*, Bs. As. Ed. Paidós Grupos e Instituciones.
  - Malfé, R. (1989) "El espacio institucional". *Revista Argentina de Psicología* No. 39. Bs. As.
  - Malfé, R. (1994) *Fantasmata*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
  - Muel-Dreyfus, F.: "Le fantome du medecin de famille". Notes e esquisses en *Actes de la recherche en Sciences Sociales*.
  - Prigogine, I. (1996) *El fin de las certidumbres*. Santiago de Chile, Ed. Andrés Bello.
  - Schejter, V., Emmer, S. (1997) "Las problemáticas del equipo asistencial ante el dolor , la vida y la muerte. Un análisis desde la Psicología institucional", *Revista Tramas, subjetividad y procesos sociales*, No.11. Publicación de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México.
  - Schejter, V. (1997) Cap. "La Psicología Institucional en las Organizaciones de Salud" en O'Donnell, J.C., *Administración de Servicios de Salud*. Tomo II, Bs. As. Editorial Docencia.
  - Schejter, De la Aldea, Emmer.: "Trabajo de enfermería, su novela laboral". *Revista Argentina de Psicología*, Nº 39. 1989. Bs. As.
  - Ulloa, F. (1995) *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
  - Vigarello, G. (1995) *Lo sano y lo malsano, desde la edad media hasta nuestros días*. Montevideo. Ed. Trilce.
-

---

1 Carapinheiro, Graça (1993).

2 Arce, Hugo (1985).

3 Lourau, Renné (1988).

4 Bourdieu,  
Pierre (1995).

5 Ulloa,  
Fernando  
(1995).

6 Castoriadis, Cornelius (1993).