

Profesionalidad médica en el capitalismo tardío: percepciones de estudiantes de medicina de la Universidad de Chile

Medical professionalism in late capitalism: perceptions of the medical students at Universidad de Chile

Karen Pesse-Sorensen¹

¹ Estudiante Doctorado en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Correspondencia:

Karen Pesse-Sorensen

kpesse@puce.edu.ec

Teléfono: 56-9-66979805

Recibido: 13 febrero 2017

Aceptado: 16 abril 2017

El siguiente material no ha sido publicado ni remitido a ninguna revista biomédica.

Se obtuvo el consentimiento de la institución para realizar el estudio.

Se obtuvo la aprobación del comité de ética.

Conflictos de interés: Ninguno.

Fuente de financiamiento: Propio.

*Citar como: Pesse-Sorensen K. Profesionalidad médica en el capitalismo tardío: percepciones de estudiantes de medicina de la Universidad de Chile. An Fac med. 2017;78(3): 263-269
DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i3.13756>*

An Fac med. 2017;78(3):263-269 / <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i3.13756>

Resumen

Introducción. La profesionalidad médica está en crisis por la transición desde el libre ejercicio a ser empleados de corporaciones que manejan todo lo relacionado con salud con criterios correspondientes al modelo socioeconómico imperante, permeando la conceptualización y prácticas del ejercicio profesional. **Objetivos.** Describir cómo los estudiantes de medicina perciben su profesionalidad, identificando factores contextuales que la modulan e implicaciones sobre su vida profesional y personal. **Diseño.** Investigación cualitativa enmarcada en un estudio del aporte del internado rural a la formación médica. **Participantes.** Estudiantes del último año de la carrera de medicina. **Lugar.** Facultad de Medicina, Universidad de Chile. **Intervenciones.** Se realizaron quince entrevistas semiestructuradas a estudiantes del último año de la carrera en medicina, aplicando análisis narrativo de contenidos e interpretación de significados. **Principales medidas de resultados.** Percepción de su profesionalidad. **Resultados.** Existió fuerte tensión entre los valores y principios del ejercicio de la profesión médica y los condicionantes institucionales y contextuales de su práctica. Los entrevistados asumieron responsablemente la búsqueda de soluciones para los motivos de consulta de sus pacientes, desarrollando estrategias individuales orientadas a vencer las limitaciones del sistema y manejar la frustración experimentada. **Conclusiones.** Conocer cómo los futuros médicos viven e intentan sobrellevar las contradicciones entre su profesionalidad y la realidad laboral evidencia la necesidad de modificar la formación médica. Se propone que lo colectivo se convierta en sustrato y mecanismo de este cambio.

Palabras clave: Profesionalidad Médica; Estudiantes de Medicina; Sistemas de Atención de Salud; Capitalismo; Investigación Cualitativa.

Abstract

Introduction: Medical professionalism is facing a crisis due to the transition from liberal practice to becoming employees of corporations that manage health related issues with criteria corresponding to the prevailing socioeconomic model which also influences medical concepts and practices. **Objectives:** To describe how medical students perceive their professionalism; to identify influencing contextual factors and to portray their implications in student's lives and professional performance. **Design:** Qualitative research framed in a study regarding the contribution of the rural internship to the medical undergraduate program. **Participants:** Last year students of medical school. **Setting.** Faculty of Medicine, Universidad de Chile. **Interventions.** Fifteen semi-structured interviews were performed to students in their last year at medical school. Narrative analysis followed by interpretation of its meaning was applied to the resulting information. **Main outcome measures:** Perception of professionalism. **Results:** Strong tension exists between professionalism's core principles and values and institutional and contextual factors shaping current medical practice. Interviewees take their duty to respond to patient's demands and needs with high sense of responsibility, developing individual strategies to overcome system's limitations and cope with arising frustrations. **Conclusions:** Evidence on how medical students perceive and try to cope with these contradictions poses the need for a profound transformation of medical education. Focusing on the collective is proposed as a conceptual base as well as a key mechanism for this change.

Keywords: Medical Professionalism; Medical Students; Healthcare Systems; Capitalism; Qualitative Research.

INTRODUCCIÓN

La sociedad otorga a los médicos gran poder de decisión y control sobre los cuerpos y la vida de las personas; a cambio, espera que ellos siempre aspiren a la excelencia, siendo esto esencial para reconocerse como profesionales de la salud. Esto determina demandas referidas a sus conductas, actitudes y valores que trascienden el ámbito de la actividad médica y han sido ampliamente debatidas por la comunidad académica^(1,2).

Tanto la opinión pública como los médicos y sus educadores perciben que esa forma de concebir la profesionalidad médica (del inglés *professionalism*; en la literatura revisada se utiliza más este término que el de profesionalismo, ya que este último se asocia a aspectos puramente técnicos y a veces adquiere una connotación negativa.) actualmente está en crisis^(3,4). Se han descrito aspectos individuales de la misma, tales como falta de motivación o vocación, excesivo interés en el lucro, ejercicio abusivo de poder, primacía de los intereses personales sobre los relacionados con el bienestar del paciente⁽⁵⁾, existiendo menor reconocimiento del abandono del libre ejercicio profesional como causante de la crisis. El ser trabajadores asalariados en instituciones de salud impone a los profesionales una fuerte tensión: deben cumplir con los requerimientos asociados a indicadores sanitarios, los objetivos de gestión centrados en la eficiencia y las regulaciones institucionales, y al mismo tiempo, dar respuesta a las demandas de los pacientes y de la sociedad, quienes reclaman el uso ilimitado de tecnologías cada vez más complejas y costosas y la sustitución del modelo paternalista de relacionamiento por uno que fomente el empoderamiento⁽²⁾.

En las últimas décadas se ha consolidado la visión de la atención a la salud como un bien transable en el mercado y regido por sus leyes, siendo las corporaciones internacionales su actor principal⁽⁴⁾. Estas instituciones buscan no solo mantener control sobre las conductas de la población a la que prestan servicios, sino también regulan las prácticas y vigilan el desempeño de sus profesionales. Esto lo hacen con un enfoque economi-

cista más que técnico o ético; generado tensiones entre profesionales y gerentes⁽⁶⁾. La autoridad y el poder médico disminuyeron significativamente desde que estas corporaciones manejan los seguros y las prestaciones de salud. Además, se han involucrado en la producción de los insumos necesarios para el funcionamiento del sistema, incluyendo la formación de sus recursos humanos⁽⁶⁾.

Este proceso erosiona los fundamentos tradicionales de la profesionalidad médica que pueden resumirse en: alivio del sufrimiento, empatía, respeto por la dignidad humana y contribución a una sociedad más justa y solidaria⁽⁵⁾, cuestionándose incluso los valores asociados a la caridad y la beneficencia que, aunque criticados, representan una clave histórica del contrato social de la medicina⁽⁶⁾. Sus dinámicas ya no dependen de instituciones que tienen el mandato de velar por el bienestar común, ni de las decisiones autónomas de los médicos, sino están sometidas a una lógica de mercado que permea todo el sistema, incluyendo al sector público. Esto transforma las formas de entender la salud y sus cuidados, el cuerpo, la vida y la muerte; marcando una transición a formas del capitalismo tardío que se expresan en el ámbito cultural⁽⁷⁾.

La formación médica constituye un ámbito privilegiado para enfrentar esta crisis. Se han diseñado estrategias referidas a cambios curriculares, así como a escenarios y metodologías educativas que permiten pasar del conocimiento abstracto de los fundamentos de la profesionalidad a su aplicación en la práctica médica^(8,9). El documento sobre formación médica orientada a la Atención Primaria de Salud también menciona, aunque sin referirse directamente a la profesionalidad, el desarrollo de competencias vinculadas a esta⁽¹⁰⁾. Sin embargo, estas propuestas no consideran el contexto socio-histórico en que se lleva a cabo tanto la formación como la práctica laboral de estos profesionales, por lo que terminan perpetuando el sistema.

Este artículo describe la forma en que estudiantes de medicina perciben y viven su profesionalidad, lo que permite identificar los factores contextuales que

la modulan y sus implicaciones sobre su vida profesional y personal. Se pretende una reflexión crítica que contribuya a recuperar y poner en diálogo las bases éticas desde las que se construye la praxis médica en la actualidad, partiendo por una transformación de su formación profesional.

MÉTODOS

Esta investigación se enmarca en un estudio sobre la percepción de estudiantes del último año de la carrera de medicina de la sede norte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en torno al aporte del Internado en Atención Primaria Rural a su formación profesional salud. Su enfoque metodológico fue cualitativo, basado en el paradigma naturalista-interpretativo, buscando comprender a profundidad el problema analizado desde una reflexión de los 'prácticos sobre sus propias prácticas'⁽¹¹⁾

El Internado Rural constituye una asignatura obligatoria para los estudiantes del séptimo año de medicina, que pretende contribuir a la formación de médicos generales capaces de comprometerse en la solución de los problemas de salud más importantes y prevalentes en el país con un enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario. Implica su incorporación durante cuatro semanas al equipo profesional de un Centro de Salud de Atención Primaria con permanencia a tiempo completo en la localidad donde se emplaza⁽¹²⁾. En este caso es la comuna de Llay-Llay, perteneciente a la región de Valparaíso, que se caracteriza por un nivel intermedio de ruralidad y aislamiento^(13,14).

Se convocó a los 28 estudiantes que cursaron su internado rural en Llay-Llay entre marzo y noviembre del 2016; la invitación fue cursada mediante correo electrónico y redes sociales, en tres ocasiones. La muestra incluyó a todos los estudiantes que consintieron participar, lo que correspondió a 53,6% del total e incluyó al menos a un estudiante de cada grupo de pasantía, cada uno compuesto por tres o cuatro internos. Los entrevistados eran heterogéneos en cuanto a su sexo (diez hombres y cinco mujeres) así

como a su interés, motivación y futuras expectativas profesionales. Se utilizó el principio de saturación de la información para la conformación final de la muestra⁽¹⁵⁾.

Se realizaron 15 entrevistas semiestructuradas individuales que fueron conducidas por la investigadora y duraron entre 45 y 90 minutos. También se incluyeron conversaciones grupales sostenidas entre los alumnos y sus docentes del internado rural, en las que se monitoreaban sus actividades y se reflexionaba sobre sus experiencias en el programa.

Todas las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas por la investigadora. El análisis se efectuó mediante generación inductiva de categorías. Se realizó un análisis narrativo de los contenidos expresados en forma directa y una interpretación de sus significados basada en marcos teóricos sobre profesionalidad⁽¹⁶⁾.

Esta investigación contó con aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Se obtuvo consentimiento firmado de cada entrevistado, asegurando el carácter voluntario de la participación y la confidencialidad.

RESULTADOS

Se presenta los principales aspectos mencionados por los estudiantes en cuanto a su forma de entender y vivir la profesión médica, analizando sus condicionantes con énfasis en lo referido al contexto institucional y socio-histórico en que se desarrollan sus prácticas profesionales.

La profesión médica: poder y responsabilidad frente al paciente individual

Los estudiantes identificaron el 'ser médico' con dar respuesta a las necesidades o expectativas de los pacientes definidas desde un enfoque biomédico. En palabras de una estudiante: *"Atendíamos a las pacientes, teníamos que pensar, qué diagnóstico tenían, las causas y el tratamiento... teníamos que ser doctores..."*. Otra estudiante describió así el rol del médico: *"Ser médico es que tengo que*

solucionar las cosas yo, no que una está supervisada...".

Atender de manera autónoma a los pacientes es entendido como inherente al quehacer médico; para esto, el Internado Rural *"suelta la mano"*. El contexto social refuerza esta percepción: muchos relatan que sus familiares, desde que iniciaron la carrera les pedían su opinión ante un síntoma o diagnóstico de una enfermedad. Esto es vivido como carga de la cual la mayoría dice querer liberarse. La atención individual es asumida con gran responsabilidad y preocupación ante la posibilidad de cometer errores: una estudiante relata que nunca olvidará que revisaba tres y cuatro veces la dosis de paracetamol antes de prescribirlo.

En cambio, aunque reconocen la existencia de un sustrato social de las dolencias, este es considerado como fuera de su ámbito de acción: *"ahí sí no podemos hacer nada..."*. Adicionalmente, muy pocos entrevistados mencionaron la falta de acceso al establecimiento de salud, aun cuando se trata de una zona rural donde esta problemática es evidente. Esta solo es abordada al referirse a las acciones comunitarias de promoción de la salud y a las visitas domiciliarias, mismas que son percibidas como secundarias frente a solucionar los problemas de salud que llevan a solicitar una consulta médica. Evidencia de esto es que la no ejecución de las primeras se justifica por falta de tiempo debido a la alta demanda de atención clínica.

Profesionalidad e institucionalidad médica

"Vives tanto el afecto de la gente... vives también la frustración de enfrentarte a este sistema que es un poco limitado, pero también encuentro que, y lo que me gustó es que igual te plantea un desafío, como que tú igual tienes que ir y luchar para cambiar esto que se te presenta...". Esto muestra la tensión entre la intención de beneficiar al paciente, expresada incluso como una relación de involucramiento afectivo, y la frustración al enfrentarse con los límites del sistema.

Si bien la mayoría de los estudiantes no logra explicitar las raíces del conflicto, su vivencia diaria les permite describirlo

con lucidez, como este estudiante cuando relata los procedimientos administrativos: *"Es un cacho! Pero es el... es el cacho que existe, poh. En todas partes vas a tener eso, y .. no sé... el que se imagine que va a poder hacer medicina sin mover muchos papeles, yo creo que está... está.. no sé, cómo con la mente en el siglo diez y nueve.. O sea hoy eso no existe..."*

Los estudiantes perciben, se rebelan, pero finalmente naturalizan el énfasis puesto por el sistema de salud en la medición del desempeño en términos economicistas. Por ejemplo, aceptan el reducido tiempo disponible para la atención de cada persona, convirtiendo su adaptación a esto en un desafío personal: *"al principio me costaba mucho, varias veces me quedé sin almorzar... pero después ya fui aprendiendo, eliminando preguntas que yo antes siempre hacía, que igual me parecen importantes; sobre los antecedentes personales por ejemplo..."*. Cuentan que los más experimentados les dan recomendaciones sobre cómo enfocarse en lo que importa al sistema: resolver el problema puntual, generalmente de la esfera netamente biológica por el que consulta la persona, sin intentar comprenderla integralmente o de establecer una relación verdaderamente terapéutica. Una estudiante relata: *"cuando entró el paciente pensé: ojala sea un resfrío, voy atrasada, así gano tiempo..."*.

Profesionalidad y contexto socioeconómico

El rol del sistema de salud dentro del sistema social es experimentado en sus connotaciones más negativas: por ejemplo, la de apoyar un modelo laboral en que el bienestar de las personas está subordinado a la productividad: *"...este dolor le impedía desempeñar bien su trabajo, puesto que él debía cargar cajas y por lo tanto... se empeoraba su molestia. El me pidió una licencia para poder dejar de hacer por unos días su trabajo,.... la verdad no sabía qué hacer.... Decidí finalmente no dársela, y volví a la consulta un poco derrotada..."* La entrevistada justifica esa decisión por las posibles complicaciones que le traería a su supervisor el otorgar una licencia injustificada. El médico queda así ante la disyuntiva de

favorecer el bienestar integral del paciente o no dejarse engañar por quién *a priori* es sospechoso de utilizar su enfermedad para incumplir obligaciones laborales. Otorgar permiso para ostentar el rol de enfermo constituye una de las funciones socialmente esperadas de los médicos; pero ahora existe mayor presión para no otorgarlo, dado que la decisión debe justificarse ante un sistema que privilegia las auditorías de las aseguradoras. Esto muestra una sociedad regida por las leyes del mercado y la competencia individual, que obliga a trabajar aunque se ponga en riesgo la salud.

La mayoría de los futuros profesionales declara, explícita- o implícitamente, su desconocimiento de los aspectos administrativos y gerenciales, así como, en un grado menor, de las políticas de salud. En el mejor de los casos estos temas fueron abordados al inicio de su formación. Su participación en actividades vinculadas a estos aspectos no parece ser entendida como elemento fundamental de su entrenamiento profesional: *“había una reunión el viernes por la tarde, pero no nos invitaron... nos dijeron que era para discutir temas propios del CESFAM, como indicadores y eso, que no nos interesaba...”*. Ellos demarcan su quehacer y responsabilidad profesional en brindar atención de buena calidad técnica al paciente individual; solo en contados casos esta se extiende a la familia y comunidad, dejando fuera lo colectivo o social.

Implicaciones para la vida profesional y personal

Para manejar estos conflictos y la consecuente tensión y frustración que les producen, los entrevistados ponen en marcha diversas estrategias de adaptación al sistema, que siempre representan respuestas individuales ante situaciones vividas como particulares. Las principales estrategias identificadas a partir de los relatos de los estudiantes son:

Considerarlo como un desafío personal: *“Es diferente el que te llegue un paciente y que tú sepas que este es el tratamiento y que tú veas tu arsenal y ese medicamento no existe... o que sepas que tiene una enfermedad y que tiene que ser derivado a un especialista y que no pueda hacerse... y que tengas que empezar*

como a tratar de muñequar al sistema, improvisar cosas para tratar de buscar el beneficio mayor del paciente, aun sabiendo tú que no es lo estrictamente correcto...”.

La naturalización de las inequidades se expresa como sorpresa ante una realidad que ellos imaginaban peor: *“yo pensaba que iba a ser como con menos recursos, con menos métodos diagnósticos, menos tratamientos... y sí, hay menos que en el hospital, claro, el hospital es un nivel más avanzado. Pero no es tanta la diferencia que con un consultorio acá, o sea... El consultorio de Llay Llay es súper bueno...”*. Esto también evidencia que para estos futuros médicos la calidad está dada principalmente por la existencia de recursos materiales y el acceso a tecnología, siendo su referente ideal el hospital.

Resignación: La percepción de los entrevistados sobre la atención primaria está permeada por un discurso sobre falencias, de precariedad. El alivio de las inquietudes y angustias del paciente mediante el establecimiento de una relación interpersonal de confianza y solidaridad es subvalorado con un: *“no pude hacer nada más por ella”*; con el que una entrevistada termina su relato de la consulta de una paciente que temía tener cáncer luego que un familiar cercano había muerto por esa enfermedad. Al no poder prescribir la realización de un examen diagnóstico que ella sentía que la persona ‘se merecía’ la estudiante cuenta: *“Me sentía mal. Dan ganas de hacer todo por el paciente, sobre todo cuando es algo que puede ser grave, que puede ser cáncer gástrico.. cómo no poder hacerle la endoscopia altiro, pero...”* ...y sigue un largo silencio.

En este relato también destaca la noción de que un paciente ‘merece’ una determinada prestación, dejando abierta la posibilidad a que esto no siempre sea así. Si bien no se exploraron las razones que llevan a la entrevistada a afirmar esto, este discurso podría ser indicativo de un cierto ‘sentido de justicia’ con que se justificaría la falta de acceso a atención.

Cabe destacar que ningún entrevistado mencionó los argumentos técnicos que fundamentan que la atención pri-

maria constituya la base del modelo de salud: una atención holística que integra el contexto familiar, comunitario y laboral del paciente ⁽¹⁷⁾.

Traslado de responsabilidad: Ante la imposibilidad, dadas las limitaciones del sistema, de cumplir con el mandato que les demanda el primer principio de su profesionalización, varios entrevistados indicaron que le sugieren al paciente la posibilidad de realizarse los exámenes o consultar con un especialista del sector privado. Esta situación no es cuestionada en sí misma, pero si vivida con resignación: *“... un examen por ejemplo?... claro, lo que pasa es que uno... uno sabe que necesita una ecografía y una sabe que se van a demorar mucho... entonces una le solicita al paciente a ver si se la puede hacer en privado, ... sino...manejar lo que se puede por el momento nomás,... manejar los síntomas”*.

Aceptación: La frustración experimentada por los estudiantes ante las contradicciones entre el ideal aprendido y la realidad del ejercicio profesional es vivida con aceptación ante lo que les parece inmodificable: ningún entrevistado mencionó un proyecto personal o colectivo que buscara transformar esa realidad; solo algunos reflexionaron acerca de sus causas más estructurales y su condicionamiento socio-histórico.

Sus proyectos personales se constriñen a las posibilidades ofrecidas: *“es que en realidad a mí me gusta es la medicina interna, la gastroenterología... pero depende mucho del ministerio, porque si a mí me dijeran tienes la beca pero después tienes que devolver en un lugar súper lejano durante muchos años, no lo tomaría. E igual, por ejemplo, si ser general de zona me iría a la décima región donde yo provengo, lo haría con mucho gusto, entonces es que depende mucho de qué ofertas tengo para ver qué elijo”*.

Disociación: Varias estudiantes explican que no quieren ser solo médicos, que quieren formar una familia, tener otros intereses y ocupaciones, marcando distancia entre el campo laboral y su vida personal.

Desplazamiento de preocupaciones: Los aspectos eminentemente prácticos

tales como organizar los horarios, disminuir el tiempo y dinero invertido en viajar o almorzar en el casino institucional, predominan sobre preocupaciones referidas al ámbito académico del internado. Concordando con las nuevas sensibilidades de los jóvenes⁽¹⁸⁾, un entrevistado solicitó mejor trato para las mascotas del cuidador de la casa en que se hospedan.

Establecimiento de nuevas redes: Realizar conjuntamente actividades de la vida cotidiana tales como comprar y cocinar, y compartir inquietudes y temores en cuanto a su práctica profesional es preponderante en los relatos obtenidos. También destaca la posibilidad de establecer relaciones menos jerárquicas y compartir vivencias fuera del espacio laboral con sus tutores locales. Las relaciones afectivas, así como las condiciones materiales de vida, marcan muchas de sus decisiones acerca del futuro laboral y de su sitio de práctica: *“elegí el internado de Llay-Llay porque, a pesar que me habían dicho que solo se hacía atención de morbilidad y que había harta carga, iba a estar con mis amigas, teníamos confianza porque nos conocíamos desde el inicio de la carrera...”*

DISCUSIÓN

La medicina es reconocida como arquetipo de lo que es una profesión⁽⁶⁾. Aunque no hay consenso sobre cómo definir la profesionalidad, existen elementos comunes referidos a la integridad personal, el altruismo, el respeto al otro y su dignidad humana, y un profundo sentido del deber⁽¹⁹⁾. El imaginario social la concibe como un ejercicio liberal cuya autonomía profesional se basa en que el beneficio del paciente prima sobre el interés propio o institucional, debiendo contribuir al bienestar colectivo.

Diversos grupos académicos han buscado definir los rasgos esenciales del buen hacer de la profesión médica, siguiendo la definición de profesionalidad propuesta por el *American Board of Internal Medicine* ‘conjunto de principios y compromisos para mejorar los resultados en salud del paciente y maximizar su autonomía, creando relaciones caracterizadas por la integridad, la práctica ética,

la justicia social y el trabajo en equipo’. Esto establece un compromiso entre el médico y su paciente, así como con la sociedad y consigo mismo, que permite identificar prácticas consideradas como no profesionales porque ponen en peligro el contrato social de la medicina⁽²⁰⁾. Un artículo reciente menciona la confianza en el médico como elemento central de su profesionalización⁽²¹⁾.

El compromiso profesional de los estudiantes entrevistados parece limitarse al intento, por lo demás pocas veces totalmente exitoso dado el contexto, de brindar atención de calidad al enfermo. Estos esfuerzos se tensionan entre una valoración intrínseca dada por su condición de ser humano, y el considerar al paciente como un elemento del sistema productivo o un consumidor de prestaciones de salud. Si la atención médica es entendida como un bien transable en el mercado, resulta lógico que solo sus prestaciones tangibles sean valoradas como algo que las personas ‘se merecen’. Estos condicionantes externos ejercen tal poder sobre la praxis médica que no solo borran la pretensión de ‘querer ayudar’ tan presente en el discurso médico tradicional, sino que los imposibilita a imaginar otra realidad. Los relatos enfatizan la atención clínica individual descuidando los otros dos principios fundamentales de la profesionalidad médica: el fortalecimiento de la autonomía del paciente y la promoción de la justicia social⁽⁹⁾. Esto es semejante a lo encontrado en grupos focales con estudiantes, profesionales y docentes de medicina de Georgia, Estados Unidos⁽²²⁾, y refleja una lógica de mercado en que el deber del médico es responder las demandas individuales, obviando su involucramiento en problemas societales.

La realidad laboral actual de los médicos dificulta el cumplimiento de los postulados de su profesionalidad: al ser contratados por corporaciones médicas deben cumplir con las normas y estándares de productividad y calidad establecidas desde la gerencia institucional. Estas entidades potencian su poder mediante el uso de dispositivos que les permiten ejercer mayor control sobre el ejercicio profesional del médico, colocándolos en situación de ‘tener que servir a dos pa-

trones’. De acuerdo al código de ética profesional deben privilegiar el interés de sus pacientes buscando su máximo bienestar; y al mismo tiempo deben responder a las demandas de sus empleadores y ser funcionales al sistema social. En correspondencia con el modelo socioeconómico en que se enmarca su práctica, los parámetros de evaluación son definidos desde una lógica economicista, basada en la oferta-demanda y la eficiencia. Esta nueva forma de entender la salud y practicar la medicina se expresa tanto en la gestión de los servicios de salud como en los discursos, actitudes, conductas y valores de los profesionales⁽⁶⁾. Por ejemplo, los lleva a disociar la esfera laboral de la personal, contradiciendo la definición de profesionalidad que, al entender a la medicina como vocación, abarca a ambas⁽²⁾, pero que resulta coherente con una visión de los médicos como ‘trabajadores de la salud’.

Los estudiantes perciben la brecha entre lo que se les enseña durante la carrera, que es fortalecido por otros actores sociales, y la realidad que experimentan en sus prácticas profesionales. Ellos desarrollan conductas adaptativas tales como resignación, naturalización, desafío personal o traspaso de responsabilidad, disociación entre el mundo laboral y personal, y fortalecimiento de redes sociales, mismas que podrían estar substituyendo las estrategias de sobrevivencia negativas que han sido atribuidas a la existencia de un ‘currículo oculto’, especialmente en los escenarios clínicos^(1,9).

El internado, concebido como espacio en que ponen a prueba lo aprendido en escenarios iguales o similares a sus futuros lugares de ejercicio profesional⁽²³⁾, es un momento privilegiado para recoger estas percepciones. En este primer acercamiento al mundo laboral, los estudiantes todavía no han perdido su capacidad de emocionarse, asombrarse y reflexionar sobre situaciones que después naturalizan. Sin embargo, no queda claro si esta vivencia es experimentada solo como un ‘rito de pasaje’ en el sentido de lo descrito por O’Sullivan⁽¹⁹⁾ o si les permite desarrollar competencias que cambien su posicionamiento ético y sus formas de interrelación. La práctica profesional en el ámbito rural en el

que las falencias e inequidades del sistema saltan a la vista, podría favorecer el desarrollo de propuestas y capacidades transformadoras, sustentadas en la (re-) construcción de interrelaciones con colegas, pacientes y comunidades.

Se ha propuesto abordar los condicionantes institucionales de la profesionalidad mediante el diseño ergonómico de los lugares de trabajo, agendas que respeten tiempos mínimos para la atención, técnicas psicológicas para la gestión del cansancio y ayudas informáticas con historias clínicas electrónicas⁽²⁾. Varias de estas, y en especial las referidas a la disponibilidad de tiempo y las ayudas informáticas, fueron mencionadas por los entrevistados; pero, reconociendo su importancia, cabe señalar que estas obvian el condicionamiento que la estructura e ideología de la sociedad ejerce sobre la práctica médica. Henry Sigerist planteaba, hace ya cien años, que la medicina está determinada por la sociedad, y la posición de los médicos dentro de ella viene determinada por esa misma sociedad a la que sirven⁽⁶⁾.

Las investigaciones que abordan la profesionalidad desde las opiniones de los propios médicos son escasas. Una encuesta a 3 504 médicos estadounidenses⁽²⁴⁾ reveló que, a pesar de estar de acuerdo y valorar los estándares de calidad y normas éticas establecidas para el ejercicio de la profesión, sus conductas y prácticas mostraban importantes divergencias con esas normas. Los grupos focales con estudiantes y residentes de medicina en Florida, Estados Unidos, también revelan la existencia de esta brecha, cuyas causas en opinión de los entrevistados son del ámbito de las conductas personales y de la formación⁽²⁵⁾. No se encontraron estudios que, recogiendo las percepciones de los propios involucrados, aborden la problemática desde una perspectiva más amplia, y describan las estrategias utilizadas para el manejo de las tensiones existentes entre el ideal de profesionalidad y la realidad institucional en que esta se desarrolla. Aun con las limitaciones por la representatividad de la muestra, esa es la principal contribución de este estudio.

Concluyendo, los relatos construidos por estos estudiantes *ad portas* de egre-

sar de la carrera de medicina evidencian la existencia de una fuerte tensión que surge desde sus reflexiones y vivencias, entre los ideales aprendidos en su formación en cuanto al deber ser de su profesión y las condiciones institucionales y contextuales en que van a ejercerla. Estas condiciones corresponden al modelo socioeconómico imperante, en que la lógica economicista impregna todos los ámbitos de la vida, privilegiando la eficiencia, la competencia y el individualismo.

Los entrevistados sienten y resienten estas contradicciones, poniendo en juego mecanismos individuales de manejo que van desde la resignación posterior a un agudo análisis crítico de la situación hasta un infructuoso intento de disociación entre su mundo laboral y personal. Otras estrategias puestas en marcha son: adaptación o resignación, intentos de ‘hacerle trampa’ al sistema o el desplazamiento de la responsabilidad al paciente, quien buscará otros mecanismos para lograr su bienestar y autonomía, perdiéndose así lo que constituye el centro de la profesionalidad médica.

Resulta imprescindible revisar las estrategias propuestas para evaluar, predecir y conservar los ideales tradicionalmente asociados a la profesionalidad médica^(3,8,26,27), a la luz del nuevo contexto social e institucional y las estrategias empleadas por los profesionales para su manejo; proponiendo alternativas que trasciendan el voluntarismo y motivación individual y los cambios organizativos puntuales. Es necesario reforzar el tercer pilar de la profesionalidad, la responsabilidad social del médico, dotando a los profesionales de herramientas teóricas y prácticas coherentes que les permitan no solo profundizar en el análisis crítico del contexto en el que se desarrolla su práctica, sino aportar a la construcción colectiva de propuestas que apunten a profundos cambios en el sistema de salud y lo trasciendan. Esto se alinea con la Declaración de Edimburgo, que reconoce la necesidad de formar médicos capaces de promover la salud de toda la población, integrando la promoción y prevención, los problemas comunitarios y la comprensión de la persona como un todo con base en su profesionalismo⁽²⁸⁾.

AGRADECIMIENTOS

A los estudiantes del séptimo año de la carrera de medicina de la Sede Norte de la Universidad de Chile que aceptaron compartir sus experiencias y reflexiones sobre el Internado Rural. A la Dra. Soledad Burgos, docente del Programa Salud y Comunidad de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y directora de la Unidad de Investigación en que se basó este trabajo. Y al Profesor Juan Le Bert cuya asignatura de Globalización, Cultura e Ideología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile impulsó las primeras reflexiones en torno al tema. A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por el apoyo financiero para la realización del Programa de Doctorado dentro del que se enmarca esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DeAngelis C. Medical professionalism. JAMA. 2015;313(18):1837-8. Disponible en: <http://policybase.cma.ca/dbtwt-wpd/Policypdf/PD07-01.pdf>.
2. Borrell-Carrio F, Epstein RM, Pardell Alentà H. Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. Med Clin (Barc). 2006;127(9):337-42.
3. Morán-Barrios J. Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica: la formación basada en competencias. Rev Asoc Española Neuropsiquiatría. 2013;33(118):379-80. Disponible en: <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/download/16612/16452>.
4. Bernat JL. Restoring medical professionalism. Neurology. 2012;79(8):820-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22915177>.
5. Medical Professionalism Project. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physicians' Chapter 1. Clin Medicine JRCPL. 2002;2(2):116-8.
6. Bloom S. Professionalism in the Practice of Medicine. Mt Sinai J Med. 2002;69(6):398-403.
7. Jameson Traducido por Esther Pérez F, Ferrer Sonia Mazzco C. Ensayos sobre el posmodernismo The politics of Theory, Ideological Positions in the Posmodernism Debate, 1984 Marxism and Postmodernism, 1989. Ediciones Imago Mundi Buenos Aires. 1991.
8. Goldstein EA, Maestas RR, Fryer-Edwards K, Wenrich MD, Oelschlager A-MA, Baernstein A, et al. Professionalism in medical education: an institutional challenge. Acad Med. 2006;81(10):871-6.
9. Kirk LM. Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching. Baylor Univ Med Cent Proc. 2007;20(1):13-6.
10. OPS. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2008. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/>

- dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf.
11. Rodríguez-Gómez G, Gil-Flores J, García-Jiménez E. Metodología de la Investigación Cualitativa. 2a Edición. Málaga: Ediciones Aljibe; 1999.
 12. Escuela de Medicina - Facultad de Medicina - Universidad de Chile. Programa Internado Atención Primaria Rural. Santiago de Chile; 2016.
 13. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. División Político-administrativa y Censal 2007. Santiago de Chile: Sección de Ediciones -INE Chile; 2008. Disponible en: www.ine.cl
 14. Ministerio del Interior -Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. Actualización estudio diagnóstico y propuesta para territorios aislados. Santiago de Chile; 2008. Disponible en: [/home/frmatuara/.bibus/Data/SUBDERE_2008.pdf](http://home/frmatuara/.bibus/Data/SUBDERE_2008.pdf).
 15. Berenguera Ossó A, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Pons Vigués M. Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. 1a ed. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol; 2014:224 p.
 16. Vázquez Navarrete ML, Ferreira da Silva MR, Mogollón Pérez S, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Delgado Gallego ME, Vargas Lorenzo I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. 2006. Disponible en: <https://books.google.cl/books?isbn=844902420X>.
 17. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud. Minsal. 2012;1-143. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24ee-f3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>.
 18. Zazuri R. Las transformaciones en la participación política de los jóvenes en el Chile actual. In: Garretón MA, editor. La gran ruptura Institucionalidad política y actores sociales en el Chile del siglo XXI. 1a ed. Santiago de Chile: LOM Editores; 2016:133-59.
 19. O'Sullivan H, van Mook W, Fewtrell R, Wass V. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. Med Teach. 2012;34(Wenger 1999):e64-77.
 20. ABIM Foundation. Medical Professionalism in the New Millennium: a Physician Charter. 2005 [cited 2017 Jan 4]. Disponible en: <http://abimfoundation.org/what-we-do/medical-professionalism-and-the-physician-charter/physician-charter>.
 21. Anthony-Pillai R. Medical professionalism. Medicine (Baltimore). 2016 Oct 1;44(10):586-8. Disponible en: <http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357303916301335/fulltext>.
 22. Wagner P, Hendrich J, Moseley G, Hudson V. Defining medical professionalism: A qualitative study. Med Educ. 2007;41(3):288-94.
 23. Rozman C. Reflexiones sobre la universidad en el ámbito biomédico. Lección Pi i Sunyer 2005. Educ Médica. 2005;8(4):183-90. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/23775/>.
 24. Campbell EG, Regan S, Gruen R, Ferris T, Rao SR, Cleary P, et al. Professionalism in Medicine : Results of a National Survey of Physicians. Ann Intern Med. 2007;147:795-802.
 25. Salinas-Miranda AA, Shaffer-Hudkins EJ, Bradley-Klug KL, Monroe ADH. Student and resident perspectives on professionalism: beliefs, challenges, and suggested teaching strategies. Int J Med Educ. 2014;5:87-94. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84932185531&partnerID=tZOTx3y1>.
 26. Goldie J. Assessment of professionalism: A consolidation of current thinking. Med Teach. 2013;44(0):e952-6. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/0142159X.2012.714888%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22938675>
 27. Kirch DG, Gusic ME, Ast C. Undergraduate Medical Education and the Foundation of Physician Professionalism. J Am Med Assoc. 2015;313(18):1797-8. doi: 10.1001/jama.2015.4019.
 28. Pinzón C. Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. Acta Medica Colomb. 1993;33(1):33-41.