

La construcción de la práctica médica en un hospital-escuela en Chile: ¿Cómo se hacen las y los médicos?.

Catherine Agüero, Juan Carrasco, Daniel González, Felipe Ruiz y Francisca Torres.

Cita:

Catherine Agüero, Juan Carrasco, Daniel González, Felipe Ruiz y Francisca Torres (2015). *La construcción de la práctica médica en un hospital-escuela en Chile: ¿Cómo se hacen las y los médicos?.* XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/767>

La construcción de la práctica médica en un hospital-escuela en Chile: ¿Cómo se hacen las y los médicos?

Catherine Agüero (catherineagueroe@gmail.com)

Juan Carrasco (juan.carrasco@ug.uchile.cl)

Daniel González (daniel.gonzalez.c@ug.uchile.cl)

Felipe Ruiz (felipe.ruiz@ug.uchile.cl)

Francisca Torres (fjtowersc@gmail.com)

Estudiantes de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile¹

Resumen: El campo de acción de los médicos se ve constreñido en dos sentidos: de acuerdo a lo que impone el sistema de salud actual y en relación con sus valoraciones y motivaciones personales para desenvolverse como profesionales en contextos de salud pública y privada. A partir de esta tensión, se abordó la problemática de la construcción del status-rol del médico a lo largo de su proceso de formación. Empleando focus groups y entrevistas semi-estructuradas, se indagó de manera exploratoria en las metas culturales, dificultades institucionales, medios institucionalizados y estrategias de adaptación en estudiantes en etapa de formación clínica e internado, y médicos en la etapa de residencia y ejercicio de la especialidad, en el Hospital Salvador de Santiago de Chile. Realizando un análisis de contenido cualitativo basado en estas dimensiones, se dio cuenta de la configuración del status-rol de los médicos en Chile y de las principales interferencias sistémicas involucradas en aquel proceso. Las relaciones de jerarquía y el vínculo emocional con el paciente son puntos de tensión fundamental en la formación y ejercicio profesional, mientras que el enfoque asistencial y de desarrollo académico se mantienen a lo largo del proceso, entre otras características.²

Palabras clave: status-rol médico, proceso de formación médica, jerarquías médicas, relación médico-paciente, ideal del médico.

¹ Agradecemos a nuestro profesor Claudio Duarte y a nuestra ayudante Eloísa Muñoz por su valioso apoyo en nuestro aprendizaje: lo consideramos un proceso abierto.

² El presente artículo sintetiza los principales resultados de un trabajo más extenso, que fue editado en formato de libro digital. Quienes deseen acceder al material completo, pueden hacerlo haciendo clic [acá](#).

Introducción

El presente estudio se enmarca en la asignatura anual *Técnicas Cualitativas* del tercer año de la carrera de Sociología de la Universidad de Chile, en su versión del año 2014; en tal sentido constituye un proceso de aprendizaje para todos quienes participamos en él. Esto último lo vuelve una experiencia valiosa, fundamentalmente por haber encarado por vez primera un proceso de investigación anual – con todas las cuestiones prácticas y teóricas que ello implica – por nuestra propia cuenta y responsabilidad.

El espacio de la salud pública, actualmente emerge como un punto donde se ilustran muchas de las desigualdades sociales Chile. No hace más falta que buscar notas periodísticas que hablan de las condiciones de hacinamiento en los hospitales públicos, la falta de recursos y de profesionales especialistas de la salud, para confirmar que la situación del sistema de salud pública es precaria³. Es posible observar una situación problemática, en la medida que una lógica economicista termina determinando los criterios de acción en torno a la salud humana, no sólo en el ámbito privado, sino también en aquellos espacios que representan a la salud “pública”. Es preciso considerar el carácter neoconservador del Estado en Chile, configurado luego del llamado “giro neoliberal” de las décadas de 1970 y 1980, que privatizó los más importantes servicios sociales – salud, educación, previsión y seguridad social – (Klein, 2007) e hizo primar el criterio de *focalización* en términos de políticas públicas (Boccardo & Ruiz, 2014).

Así, el área de la salud pública fue configurándose como un tema de interés general para este equipo de investigación. Esto, sumado a la posibilidad de contar con un informante clave que pudiera asegurarnos una inserción fluida en la comunidad donde realizaríamos la investigación anual, explica la decisión de llevarla a cabo en el Hospital del Salvador.

Este hospital se ubica en la comuna de Providencia de la zona oriente de Santiago de Chile, fue fundado el 7 de diciembre de 1871 y se ha convertido en uno de los principales centros de salud pública del país gracias, con desempeños notables en el área de medicina interna y nefrología, con importantes avances en técnicas de trasplante de riñones y

³ En los meses de octubre y noviembre de 2014, se disparó la alerta sobre la escasez de médicos especialistas en el país, gracias a un reciente informe del ministerio de salud (MINSAL) que muestra la situación precaria y centralizada de la distribución de médicos especialistas en la red de salud nacional (Prensa Parlamentaria, 2014; Radio Cooperativa, 2014) Como evidencia de la lógica mercantil señalada, nuestros lectores y lectoras pueden revisar el reportaje periodístico publicado por CIPER “[Negligencia mortal en Hospital de Melipilla devela feroz disputa de universidades por campos clínicos](#)” (Figueroa & Albert, 2014).

tratamiento de patologías renales. Una cuestión importante a considerar es su condición de hospital–escuela: recibe a estudiantes de pregrado y post grado de diversas carreras (y universidades) del área de la salud que realizan allí sus períodos de estudios prácticos. En el mismo hospital está emplazado el Campus Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; destaca por ser uno de los mejores establecimientos del país donde es posible realizar la especialización (“beca” de aquí en más) de la carrera de medicina.

Sin duda este hospital-escuela constituye espacio privilegiado para conocer las *etapas formativas* de las y los médicos. Primero, podemos mencionar a los y las “estudiantes” del tercer a quinto año del pregrado de la carrera de medicina, que cursan asignaturas clínicas; sus labores se limitan a salas específicas y están a cargo de profesores guía. Luego encontramos a los “internos”: estudiantes de pregrado de la carrera de Medicina, ya licenciados, cursando su sexto y séptimo año; sus labores de aprendizaje están supervisadas por las y los médicos en especialización y especialistas; operan de la misma manera que un médico, sólo que deben estar bajo supervisión profesional: su ámbito de trabajo se limita al espacio de las salas de hospitalización, sobre todo a la atención de pacientes internados. Posteriormente encontramos a los/as “becados/as” (residentes), médicos titulados quienes cursan alguna especialización. Finalmente, las y los “médicos especialistas” están a cargo de la administración de salas completas; sus funciones tienen menos que ver con la atención directa a los pacientes y más con la administración general de los tratamientos y la supervisión de las actividades tanto de los becados como de los internos: al estar a cargo de la sala, son responsables de las decisiones tomadas en ella. En paralelo, los médicos comparten el espacio del hospital con otros funcionarios del área de la salud y administrativos, quienes no formaron parte del foco de este estudio.

Nos parece relevante señalar el sentido inductivo que orientó la etapa inicial de nuestro trabajo: antes que la construcción deductiva de una pregunta de investigación – en base a bibliografía – decidimos privilegiar una etapa de trabajo que nos acercara directamente al espacio social a investigar (Duarte, 2014). Empleando la observación participante como técnica de producción de información (Flores, 2009) realizamos visitas periódicas al área de hospitalización de la unidad de medicina interna del hospital, durante los meses de abril y mayo de 2014. Esto nos permitió conocer de primera fuente las relaciones sociales que día a día se construyen entre los diferentes actores que se relacionan dentro del hospital, así como el entorno institucional en que estas relaciones se desenvuelven.

Durante tal etapa nos comenzamos a preguntar sobre el *proceso* mediante el cual una persona se convierte en médico, bajo la idea de que cada etapa de formación puede entenderse como *socialmente construida*, pues constituye una inserción en un conjunto particular de relaciones sociales, que implican diversos niveles de jerarquías, responsabilidades y experiencias que poco a poco van transformando al estudiante de primer año universitario en un médico altamente especializado, con un rol y un status definido en el contexto de la salud pública y la sociedad en general.

1. Estrategia teórico-metodológica de esta investigación

La literatura indica que el propósito mismo de la medicina se ha mantenido constante a lo largo de la historia, esto es, el curar las enfermedades y eventualmente prevenirlas (Sigerist, 1974), aunque la posición social de la profesión ha tomado caminos diversos. Para dar cuenta de la posición social que se va construyendo a lo largo de cada etapa formativa, hemos considerado la noción de *status-rol* trabajada por Talcott Parsons (1966): el *status* como aspecto posicional, nos permite dar cuenta de la posición social relativa del actor en un sistema estructurado de relaciones, mientras que el *rol*, como aspecto procesual, nos permite considerar las orientaciones de acción que asumen los sujetos inmersos en la realidad social.

Tradicionalmente y aún en la actualidad, existe un ideal respecto al médico (García-Huidobro, y otros, 2006) caracterizado por el conocimiento, la destreza para curar y la disposición para ayudar al otro. Sin embargo, en la medicina contemporánea estas características entran en crisis, pues el médico ya no se entiende como un sujeto dispuesto a ayudar sino como un empleado que se ve obligado a hacerlo, primando criterios técnico-económicos en la relación con el paciente (Acuña, 2013); junto a esto, el conocimiento y tecnologías han progresado a tal punto que el saber médico ya no es exclusivo, y se ha hecho cada vez más accesible a los propios pacientes (Bascañán, 2005).

Para observar e interpretar este ideal de la profesión médica empleamos el concepto de *metas culturales* trabajado por Robert Merton, que pueden ser definidas como aquellos “objetivos, propósitos e intereses culturalmente definidos, sustentados como objetivos legítimos por todos los individuos de la sociedad, o por individuos situados en ella en una posición diferente.” (Merton, 1964, pág. 210) Implican diversos grados de sentimientos e importancia, construyendo una “estructura de referencia aspiracional” (Merton, 1964).

Un segundo concepto empleado en esta investigación para caracterizar las principales herramientas y limitantes que se presentan en un contexto de cambio y reestructuración de la posición social del médico, es definido como los *medios institucionalizados*, o sea, modos socialmente aceptados como válidos para alcanzar las metas culturales socialmente compartidas (Merton, 1964); cabe señalar que estas normas reguladoras no siempre responden a criterios técnicos o de eficacia sino que también se expresan como sentimientos cargados de valores. La utilidad analítica que rescatamos de ambos conceptos refiere a su capacidad explicativa respecto a situaciones donde se asiste a una *disociación* entre ambos aspectos, produciendo insatisfacción respecto a la estructuración de la realidad social, posibilitando reacciones diversas por parte de los actores sociales.

La progresiva racionalización de la práctica del saber médico, la introducción de variables económicas que restan autonomía a su ejercicio, la judicialización y creciente exigencia de responsabilidad legal por parte de pacientes cada vez más empoderados, y la democratización del saber médico mediante internet y prensa no especializada (Bascuñán, 2005), constituyen importantes áreas de cambio respecto a la relación clínica y la práctica de la medicina: tales fenómenos tienden a verse como algo externo a las y los médicos. Para dar cuenta de este tipo de relaciones sociales y lógicas de acción que no han pasado por el cedazo del entendimiento y consenso intersubjetivo, y que ejercen una presión problemática sobre la correspondencia entre *metas culturales* y *medios socialmente institucionalizados*, utilizamos la noción de *sistema* trabajada por Jürgen Habermas (1989). El predominio de este tipo de relaciones sociales provoca que el contexto orientado por metas culturales en el que se socializan los sujetos, quede desvalorizado, pues se genera una primacía de medios de control sistémico (poder, dinero), como mecanismos de regulación de las interacciones sociales.

En síntesis, estos antecedentes empíricos y teóricos nos permitieron bosquejar una caracterización de lo que implica ser socializado como sujeto social en el ámbito de la medicina; considerando tanto el aspecto *posicional* como *relacional* de los diferentes sujetos que participaron en nuestra investigación, pudimos dar cuenta de cómo los *mecanismos sistémicos* ya descritos provocan nudos problemáticos en la constitución del *status-rol* médico. Ello repercute en la realización de las *metas culturales* relacionadas con el proceso de socialización de la profesión, expresándose en *divergencias* entre las *metas culturales* y los *medios socialmente institucionalizados* para alcanzarlas.

De manera general, la pregunta que orientó nuestro quehacer investigativo puede resumirse del siguiente modo: *¿Cómo es el proceso de configuración del status rol médico, en cada una de las etapas formativas – a saber: estudiantes, internos, médicos becados y médicos especialistas - en el Hospital del Salvador, durante el año 2014?* Para resolver esta interrogante consideramos los antecedentes teóricos ya mencionados como ejes de análisis, a saber: el *status-rol*, las *metas culturales*, los *medios institucionalizados*, e *interferencias sistémicas* que se configuran en cada etapa formativa de la profesión médica en el Hospital del Salvador, durante el año 2014.

Como técnica de producción de información utilizamos cuatro grupos focales (Canales, 2006), contruidos a partir de una muestra estructural en torno a las cuatro grandes etapas formativas de la profesión médica: estudiantes, internos, becados y médicos especialistas⁴. El análisis de la información producida fue llevado a cabo mediante la técnica de análisis de contenido de carácter deductivo (Andréu, 2001). A continuación presentamos los principales resultados de tal proceso de análisis.

2. Resultados de la investigación

2.1 Los estudiantes en el Hospital del Salvador

Las principales *metas culturales* que incorporan los estudiantes en el Hospital del Salvador son: la posibilidad de ayudar al paciente y la adquisición de saberes necesarios para poder realizar tal posibilidad. Esto junto con el objetivo a largo plazo que se plantean: la obtención de un buen sueldo para sostener una familia, tienen un carácter general que puede atribuirse a la finalización de la formación de cualquier carrera profesional.

El cumplimiento de tales metas y objetivos enfrenta dificultades propias de *medios institucionalizados* insuficientes para alcanzarlas: la carencia de docentes y falta de transparencia en la organización y programación de las labores de enseñanza generan incertidumbre en el proceso de aprendizaje. Sin embargo, la institución no sólo provee obstáculos, también presenta vías que facilitan el cumplimiento de tales metas, y vías de adaptación social: el reconocimiento del alto nivel de experiencia y conocimiento que

⁴ Debido a la imposibilidad de conseguir una cantidad adecuada de médicos especialistas para el cuarto grupo focal, la producción de información para este criterio muestral, fue complementada con la realización de dos entrevistas en profundidad (Gaínza, 2006).

poseen los médicos que hacen docencia otorga seguridad en la posibilidad de adquirir saberes necesarios para ayudar; la posibilidad de contacto con funcionarios del Hospital del Salvador permite aprender que la práctica médica ha de realizarse como un equipo de trabajo. En definitiva, el contacto humano, ya sea con los trabajadores de la salud o con pacientes, es valorado como una contribución fundamental a la formación.

Con respecto al *status-rol* dentro del hospital, las y los estudiantes se encuentran en el escalón más bajo de la jerarquía social, situación que se torna negativa al presentarse momentos de desprecio hacia su baja o nula experiencia, y menor conocimiento respecto de los demás estamentos formativos, lo cual dificulta la relación que se tenga con los mismos. En este estado de inferioridad, los estudiantes pueden relacionarse con pacientes, pero no tienen espacio para incidir en su sanación, y cualquier iniciativa está sujeta a autorización externa. Por otra parte, en el nivel societal, el *status-rol* médico es muy valorado por las y los estudiantes, pues lo asocian a una buena situación económica y al resultado de un buen desempeño escolar. Además, el médico aparece como un guía que orienta y acompaña al paciente en el proceso de recuperación.

Las estrategias de adaptación que han utilizado los estudiantes para sortear las dificultades y conseguir sus objetivos, corresponden principalmente a aprovechar cada momento que se pase con los pacientes para poder dar sentido al proceso de adquisición de conocimiento. Esto se hace tanto presentando dudas y opiniones a los médicos docentes, como dando apoyo emocional a los pacientes estableciendo una relación más personal. De esta manera sobrellevan su limitación por estar en una etapa temprana de formación.

Por último, las *interferencias sistémicas* más importantes, que provocan divergencias entre *metas culturales* y *medios institucionalizados*, tienen que ver con las constricciones que impone el sistema de salud actual. La falta de recursos y de tecnología que afecta al Hospital del Salvador, son elementos que se encuentran fuera del control de las y los médicos, y que restringen sus posibilidades de acción. Existe además una lógica economicista expresada en la precarización de la docencia, al priorizar el trabajo en investigación, el cual general la mayor parte de los recursos; ni estudiantes, ni médicos docentes tienen la capacidad para influir directamente en decisiones que privilegian criterios monetarios que llevan a una búsqueda de prestigio y recursos económicos, descuidando la calidad de la docencia, y en tal sentido formación de los estudiantes.

2.2. *Los internos en el Hospital del Salvador*

La *meta cultural* general que caracteriza a esta etapa, refiere a la posibilidad de participar en el proceso de tratamiento y sanación de una persona; en este sentido, se profundiza el interés por ayudar al otro, tal como se ve en la etapa anterior. También toman fuerza las expectativas relacionadas con el resultado final del proceso: la posibilidad de alcanzar el grado profesional en el ejercicio de la disciplina.

En este contexto, una serie de factores contribuyen a una divergencia entre *medios socialmente institucionalizados* y *metas culturales*. Uno de ellos refiere a la alta exigencia laboral y académica que entraña esta etapa de la formación; la realización de múltiples tareas en poco tiempo afecta en la atención al paciente, aspecto crucial desde la perspectiva de las y los internos. Sin embargo, factores como el apoyo y respaldo que otorga el trabajo en equipo, las relaciones interpersonales que se construyen diariamente entre compañeros y compañeras, junto al aprendizaje en un ambiente médico y organizacionalmente exigente, son valorados por las y los internos como *medios socialmente institucionalizados* favorables, en la medida que contribuyen en su formación otorgando habilidades organizacionales, administrativas o de gestión, y la preocupación por aspectos de los pacientes que trascienden lo estrictamente biomédico.

Un aspecto que juega un doble rol es la fuerte jerarquización que existe entre las diferentes etapas de formación médica, es decir, ésta puede ser conceptualizada como un *medio socialmente institucionalizado* tanto positivo como negativo. Esta jerarquía es aceptada mientras refiere a la escasa experticia de los internos, relacionada con menores saberes y experiencia acumulada, cuestiones que justifican su posición más baja en la jerarquía. Sin embargo, se vuelve un factor negativo cuando considera aspectos ajenos a su potencial de conocimiento y responsabilidad de decisión en lo médico. Es decir, cuando motiva acciones por parte de actores que ocupan posiciones superiores (becados o médicos especialistas) que no tienen que ver con el tratamiento del paciente, y que las y los internos perciben como injustas. Entre estas acciones se encuentran: la exigencia de acatar órdenes, la realización de tareas tales como cocinar en los turnos, contestar los teléfonos, o ciertas tareas administrativas; obligaciones determinadas por una imposición tácita de la estructura jerárquica que impactan de forma negativa en la subjetividad de las y los internos.

Cuando se trata de deberes para con los pacientes, esta jerarquía y división de tareas se justifica en la medida que se trata del beneficio de quien está siendo tratado. A la vez, la posibilidad de gratificación en el trato con el paciente funciona como un factor positivo

que permite a las y los internos superar los aspectos negativos identificados en la relación con los otros actores, en la medida que se cumple la principal *meta cultural* que declaran buscar en la profesión: ayudar al paciente; contribuir al proceso de sanación se configura como una importante forma de adaptación social en esta etapa.

Respecto a la posición social, o *status*, que los médicos detentan, podemos decir que esta es altamente valorada por el entorno de los internos, lo cual genera expectativas de éxito social, previo al término de los estudios. Esto provoca situaciones de alta exigencia académica y profesional, que al no ser cumplidas a cabalidad provocan frustración, y también desconfianza en la relación médico-paciente, debilitándola y volviendo más complejo el cumplimiento del *rol* social del médico, es decir, brindar ayuda a los demás.

Así, destacan dos nudos problemáticos – *interferencias sistémicas* - que contribuyen a disociar las *metas culturales* de los *medios socialmente institucionalizados* disponibles para alcanzarlas: el primero tiene que ver con la falta de diálogo colectivo en torno a la experiencia de la muerte, debido fundamentalmente a una naturalización ejercida por quienes llevan más tiempo en la institución. En segundo lugar, podemos señalar la interferencia de variables de tipo socioeconómico en el ejercicio de la medicina, que atentan contra la calidad de la atención, sobre todo cuando personas con alta vulnerabilidad social no manejan los elementos culturales para exigir una atención de calidad. La generalización de ambas situaciones pone en riesgo la principal *meta cultural* ya señalada, que es ayudar al paciente.

2.3. Los becados en el Hospital del Salvador

Se advierte que las *metas* culturales, o motivaciones, que las y los becados presentan para dedicarse a la medicina, se ven signadas tanto por el ejemplo de las profesiones de los progenitores, como por experiencias previas en el ambiente hospitalario; también resultan relevantes a nivel subjetivo los resultados obtenidos en pruebas de admisión universitaria y las expectativas del círculo social cercano (colegio-amigos-familiares).

Considerando las expectativas acerca de su formación profesional, así como del papel que cumplen los médicos en la sociedad, encontramos que muchos eligieron esta profesión por su potencial de ayuda y trabajo con las personas a partir de la experiencia y adquisición de conocimiento. Esto se relaciona con los propósitos y objetivos que buscan alcanzar una vez finalizada su especialización: manifiestan el deseo salir de Santiago para volver a sus lugares de origen, o migrar hacia zonas con menor disponibilidad de

especialistas, ampliando las posibilidades de ayudar luego de completada su formación. A la vez, combinan este deseo con la idea de retomar su vida desde un ámbito más personal, reconociendo que la formación les ha consumido tiempo valioso para su desarrollo en esferas ajenas a la profesión.

Se evidencia una discordancia entre los *medios socialmente institucionalizados* disponibles, y su aptitud para alcanzar las *metas culturales* antes expuestas, debido a la expectativa de ayudar de forma efectiva a las y los pacientes, y el no poder conseguirlo por la falta de mecanismos aptos para lograrlo. Como formas de adaptación a esta situación se puede señalar que la iniciativa personal es muy importante, sobre todo cuando la situación es desfavorable para el proceso curativo del paciente y el propio desempeño profesional. La falta de recursos, es también considerada por los becados como un obstáculo importante que provoca reacciones de frustración, resignación o búsqueda de caminos alternativos a aquellos formalmente institucionalizados, que sean favorables para el paciente.

Enfrentar la muerte de un paciente es algo que les marca profundamente, influyendo no sólo en su estado de ánimo, sino también en su capacidad de separar el ámbito profesional de su vida personal. Reconocen la necesidad del acompañamiento a los médicos en formación, dada la dificultad que entraña sobrellevar tales situaciones a solas, en carencia de las herramientas pertinentes para hacerlo. Como forma de adaptación, surge en ellos una especie de autoayuda, un “mecanismo de defensa” que consiste en poner auto-restricciones para reflexionar la vivencia de la muerte. Las y los becados se plantean a sí mismos que no es posible sumirse en la afectación psicológica, puesto que su rol requiere estabilidad para ser llevado a cabo, y una manera de alcanzarla es vincularse de modo controlado con los hechos, para mantener una capacidad y disposición constantes para ayudar a otras personas.

En relación al *status-rol* del médico, las y los becados advierten que la valoración social hacia la profesión es tal, que a aquellos escolares con buen rendimiento académico, se les impulsa desde la escuela a ocupar este tipo de profesiones. Además, advierten que los demás actores sociales orientan su acción hacia ellos, haciendo diferencias de trato frente a elementos simbólicos como el delantal blanco o el sólo hecho de decir que se es doctor. Este cambio en el trato es percibido tanto en su entorno cercano, como a nivel de las jerarquías internas que se dan en el espacio del Hospital, específicamente en las

estructuras de la organización del trabajo del equipo de salud: la valoración de las opiniones expresadas por los becados cambia una vez adquirido el título profesional.

Las y los becados asumen mayor responsabilidad frente a los tratamientos que se aplican a los pacientes, además de realizar tareas de revisión bibliográfica y docencia. Esta última no se asocia a ningún reconocimiento formal dentro de la institución, pues se origina tanto desde la iniciativa personal, como desde la división jerárquica de tareas y roles dentro del hospital-escuela.

Por otro lado, las y los becados sostienen una relación directa con los pacientes y familiares, pues actúan como fuente de información acerca de la situación de las y los internados. Así, deben adecuar su tiempo y lenguaje - tanto en complejidad como en sutileza - para comunicar noticias buenas y malas. En esta relación pueden presentarse problemas y roces, sobre todo cuando, desde las y los pacientes, prima una visión de consumo, respecto a sus servicios. Pacientes y sus familiares se empoderan en un rol de clientes, generando frustración en las y los médicos por la ingratitud e indiferencia que reciben.

Las y los becados se esfuerzan por tomar las mejores decisiones en un contexto de escasez de recursos tanto económicos como tecnológicos, y por ello la frustración por no poder desempeñar de forma adecuada su rol, se vuelve más intensa. Tales dificultades, entendidas como *interferencias sistémicas* en la salud pública, derivan de la neoliberalización de la salud y la focalización del gasto público, determinado que exista una medicina basada en la carencia. Esto, activa la creatividad de las y los médicos para solucionar problemas, pero provoca frustraciones al no lograr siempre sanar o tratar a las personas como debería ser o como saben que en otros lugares –instituciones privadas- puede hacerse. Las y los becados matizan la frustración que provoca el distanciamiento con el paciente y la falta de recursos mencionada, con la presencia de docentes y colegas comprometidos con la enseñanza y la vocación de ayuda social: tal sería la ventaja que brinda trabajar y estudiar en el Hospital del Salvador.

2.4. Los médicos especialistas en el Hospital del Salvador

La perspectiva de las y los médicos especialistas está caracterizada por haber finalizado su trayectoria formativa. Si bien ya han resuelto muchas de las contradicciones entre *metas culturales* y *medios socialmente institucionalizados* asociados al *status-rol* del médico – puesto que ya tienen la autoridad para tomar decisiones que afecten de modo

efectivo a los pacientes, pueden delegar tareas, se han familiarizado con dinámicas hospitalarias como la muerte de pacientes o la ineficiencia del sistema de salud pública-, continúan viviendo en carne propia nuevas contradicciones más allá de su control, propiciando nuevas actitudes de adaptación.

De esta manera, sus *metas culturales* se caracterizan por una revalidación de la misión asistencial del médico. Enfatizan fuertemente la idea de que el principal objetivo y rol social de la profesión es ayudar, curar y prevenir enfermedades. Proponen una activa revalidación o recuperación de este *rol* pues ven con preocupación, que éste no aparece como una motivación central en las y los jóvenes estudiantes de medicina. Las nuevas generaciones tendrían motivaciones más egoístas que no otorgan el peso suficiente a la tarea de asistir al paciente. Además para este grupo social, es tan importante el entregar un servicio digno y de calidad a los pacientes, velando por su salud, como el tener una vida familiar activa y cercana, y tiempo para dedicarlo a sí mismos.

Si bien experimentan la vida laboral en el Hospital del Salvador desde una perspectiva privilegiada en cuanto a su *status*, podría decirse que en la medida que se va progresando en la escala jerárquica, las dificultades que advierten para desempeñarse profesionalmente tienen que ver cada vez más con problemas que devienen de *interferencias sistémicas* de tipo económico en el sistema de salud, que hacen divergir *metas culturales* y *medios institucionalizados*: como la falta de recursos y la falta de tiempo para atender a sus pacientes - dificultades propias de un servicio público en Chile. Pese a esto, la experiencia de trabajar en el hospital es invaluable para los especialistas, ya que permite el acceso a un equipo de primera categoría y a patologías que son muy raras o complejas; ello redundaría en una valoración positiva del ambiente de trabajo y el prestigio obtenido.

Con ello, los médicos especialistas tienen clara conciencia acerca de cuál es su *status-rol* en el hospital. Son conscientes de la distancia y la cercanía que presentan con otros estamentos de la escala jerárquica, pero no existe una mayor problematización sobre ésta, la justifican por su experiencia y por la distribución diferenciada de tareas que requiere un hospital. Por otra parte, el *status-rol* que poseen implica necesariamente el cumplimiento simultáneo de diversas funciones en el hospital, no todas vinculadas al tratamiento de pacientes, lo que acarrea un bagaje de presiones, expectativas y peligros a la hora de desempeñarse como médicos.

A la hora de adaptar las *metas culturales* asociadas a la profesión a *los medios socialmente institucionalizados* disponibles en el hospital, destacan dos puntos. Primero, el aprender a lidiar con el sufrimiento y la muerte, a lo cual las y los especialistas se logran “acostumbrar” con el tiempo. Segundo, el aprender a navegar en la burocracia interna del hospital, como por ejemplo, entendiendo que es necesario insistir de manera personal, y por todos los medios posibles para conseguir algún examen o tratamiento para un paciente.

Finalmente, las *interferencias sistémicas* identificadas nuevamente pueden ubicarse, por un lado, alrededor de la carencia de recursos suficientes para un trato digno hacia los pacientes y la carencia de médicos y de funcionarios capaces, dedicados y orientados hacia la asistencia. Este grupo social, al contrastar el Hospital del Salvador con las experiencias que tienen trabajando en clínicas o centros privados, identifican diferencias profundamente injustas y difíciles de sobrellevar. También se destaca el empoderamiento de los pacientes y la pérdida del respeto hacia la figura del médico que existía en el pasado. Ambos procesos se entienden como consecuencias de la creciente judicialización y mercantilización de la medicina, deviniendo finalmente en factores que socavan el *status-rol* del médico como tradicionalmente se ha definido, virando hacia una relación de comprador-prestador de un servicio, antes que de paciente–médico.

3. Conclusiones

En general, resulta interesante observar que el enfoque asistencial de la práctica médica persiste intacto como una *meta cultural* vigente a lo largo de todo el proceso de formación médica. Adicionalmente, existe una transición desde un interés por el desarrollo académico hacia el desarrollo profesional, explicada principalmente por el paso del internado hacia la beca, además de una suspensión de la prioridad de la vida personal durante el proceso del internado, que resurge como un elemento de suma importancia para las y los médicos becados y especialistas. Este proceso indica la apertura al cambio de tales elementos culturales a lo largo de la formación médica.

En paralelo, el *status-rol* médico termina siendo un arma de doble filo: si bien, conforme avanza el proceso de formación, los beneficios del *status médico* se van haciendo cada vez más evidentes -en forma de un trato con mayor respeto y distinción-, implica una gran carga en términos de trabajo y responsabilidad, inclusive superando la propia capacidad de entrega de cada individuo circunstancialmente. Si bien esto se reconoce como una

dificultad durante casi toda la trayectoria del médico, es posible adaptarse: aprovechando cada momento con el paciente como una instancia para aprender y así desarrollarse académicamente. Es más, se valora muchísimo en cada estamento la posibilidad de trabajar en el Hospital del Salvador junto a tantos otros especialistas capacitados.

Si bien la estructuración jerárquica de los *roles sociales* dentro del hospital emerge como algo positivo para los actores involucrados, cuando opera como un medio de distribución de la carga laboral en relación a los saberes y capacidades adquiridas, posibilitando la atención organizada de pacientes, ésta adquiere tintes negativos cuando aparece como mecanismo de cierre social, discriminación e imposición de voluntades. Quienes están en la cúspide de la pirámide jerárquica, relativizan los aspectos negativos de la jerarquía, lo cual intensifica la falta de diálogo entre estamentos del hospital, pudiendo configurar a este aspecto como una *interferencia sistémica* difícil de sortear. Al no problematizarse y discutirse esta estructura jerárquica, ésta aparece como un mecanismo arbitrario de empleo de poder, causando frustración en los estamentos más jóvenes.

Como *mecanismos de adaptación social*, el desarrollo de la capacidad de vincularse emocionalmente con el paciente, y, en consecuencia, la adaptación a la muerte como una realidad de la práctica médica, aparecen como factores interesantes de observar en tanto son elementos en tensión permanente: es de suma importancia el desarrollar un apropiado vínculo con el paciente y sus familiares, tanto como para poder prestar asistencia de una manera más personal y efectiva como para poder ser buenos comunicadores. Sin embargo, se hace necesario eventualmente establecer una distancia emocional hacia ellos en favor del propio bienestar emocional y psicológico. Lo que más se lamenta entre los estamentos más jóvenes es que no existan instancias para discutir y problematizar en conjunto esta dificultad, favoreciéndose un difícil proceso de acostumbamiento individualista a la muerte, que debe enfrentar cada futuro y futura médico de forma aislada.

Se encontró finalmente que la *interferencia sistémica* que más hondo cala en la práctica médica es la perspectiva economicista de la medicina y la consecuente percepción de la salud como un bien de consumo. Esto dificulta el actuar de las y los médicos en varios sentidos: primero, dado que la lógica interna de distribución de recursos opera bajo criterios ajenos a la asistencia a los pacientes, se muestran incapaces de entregar un tratamiento tan completo como quisieran; segundo, al emerger la exigencia de cumplir con ciertos niveles de productividad se les impide dedicar suficiente tiempo para un

tratamiento digno, a la vez que se termina precarizando cada vez más la labor docente por una sobre-exigencia profesional; y tercero, en tanto las y los pacientes mismos perciben su salud como un bien, y en la medida que aumenta la posibilidad de acceso a la información, se produce un empoderamiento en ellos, que lentamente socava la posición de autoridad de los médicos, dificultando aún más la relación médico-paciente.

Este trabajo fue realizado con un propósito práctico: incidir de manera positiva y crítica, en el proceso de formación de nuevos médicos; buscamos difundirlo principalmente entre estudiantes de pregrado de medicina, para así favorecer el diálogo y reflexión colectivos sobre las tensiones identificadas. Se contó con una instancia de presentación abierta de los resultados frente a la directiva médica del Hospital del Salvador, en la cual se dio lugar a un nutrido diálogo entre los miembros de cada estamento formativo, cada uno aportando con su propia experiencia. Así, también se encontró la posibilidad de que un ejercicio de socio análisis pueda servir como instancia para reflexionar y discutir sobre la realidad en la que se vive, problematizando las tensiones y contradicciones naturalizadas en la reproducción cotidiana de la realidad social.

Se reconoce, sin embargo, que el enfoque y el alcance de esta investigación son limitados tanto espacial como teóricamente. En este último sentido, vale la pena proyectar futuras investigaciones que puedan emerger de los descubrimientos aquí expuestos.

Por un lado, sería interesante problematizar la manera en la cual el saber médico se segmenta entre los médicos y la sociedad en su conjunto, e inclusive, entre los distintos estamentos que participan de la práctica médica. Por ejemplo, observar cómo el desarrollo de prácticas unificadas contribuye a la conformación de un campo médico, en el sentido de Bourdieu (2007), o cómo el panorama observado se distancia de lo encontrado por Becker, Geer, Hughes y Strauss en “Boys in White” (2009).

En paralelo, en tanto la práctica médica implica necesariamente una relación de objetivación del cuerpo de los pacientes y de una relación de saber y poder frecuentemente unidireccional en torno al status-rol del médico, emerge como algo muy interesante de observar, desde una perspectiva foucaultiana, las consecuencias biopolíticas del control de la salud y de la medicalización de los distintos aspectos de la vida (Foucault, 1977), o de nuevo desde Bourdieu, la codificación simbólica de los cuerpos como un objeto a ser trabajado (2007). Inclusive podría investigarse, cómo desde estas dos perspectivas se podría evaluar el empoderamiento de los pacientes.

Bibliografía

- Acuña, J. (2013). Características del empleo y bienestar subjetivo en médicos de la Región Metropolitana. *Revista médica de Chile*, 187-193.
- Andréu, J. (2001). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Obtenido de <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Bascuñán, M. L. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y el nivel de satisfacción de los médicos. *Revista Médica de Chile*, 11-16.
- Becker, H., Geer, B., Hughes, E., & Strauss, A. (2009). *Boys in white: Student Culture in Medical School*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Boccardo, G., & Ruiz, C. (2014). *Los chilenos bajo el neoliberalismo. Clases y conflicto social*. Santiago, Chile: Ediciones y Publicaciones El Buen Aire S.A.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Canales, M. (2006). El Grupo de Discusión y el Grupo Focal. En M. Canales (Ed.), *Metodología de Investigación Social. Introducción a los Oficios*. Santiago: LOM Ediciones.
- Duarte, K. (2014). Construcción de objetos de investigación. En M. Canales, *Investigación social. Lenguajes del diseño*. Santiago: LOM Ediciones.
- Figuroa, J., & Albert, C. (2014). Negligencia mortal en hospital de Melipilla devela feroz disputa de universidades por campos clínicos. Recuperado el 8 de Noviembre de 2014, de CIPER Chile: <http://ciperchile.cl/2014/10/28/negligencia-mortal-en-hospital-de-melipilla-devela-feroz-disputa-de-universidades-por-campos-clinicos/>
- Flores, R. (2009). *Observando observadores: Una introducción a las técnicas cualitativas de investigación social*. Santiago: CIP - Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educ Med Salud*, 3 - 25.
- Gáinza, Á. (2006). La entrevista en profundidad individual. En M. Canales, *Metodologías de Investigación Social. Introducción a los oficios*. Santiago: Lom Ediciones.

- García-Huidobro, D., Nuñez, F., Vargas, P., Astudillo, S., Hitschfeld, M., Gennero, R., . . . Benavente, Á. (2006). Expectativas de estudiantes de medicina de pregrado en relación al perfil médico esperado. *Revista Médica de Chile*, 947-954.
- Habermas, J. (1989). *Teoría de la Acción Comunicativa* (Vol. I). España: Taurus.
- Klein, N. (2007). *La doctrina del shock: el auge del capitalismo del desastre*. Barcelona: Paidós.
- Merton, R. K. (1964). *Teoría y estructuras sociales*. México : Fondo de Cultura Económica.
- Parsons, T. (1966). *El Sistema Social* . Madrid : Editorial Revista de Occidente.
- Prensa Parlamentaria. (2014). Falta de médicos especialistas: legisladores proponen alternativas. Recuperado el 15 de Octubre de 2014, de Senado de la república de Chile: http://www.senado.cl/falta-de-medicos-especialistas-legisladores-proponen-alternativas/prontus_senado/2014-08-26/162636.html
- Radio Cooperativa. (2014). Informe del Minsal: Faltan 3.800 médicos especialistas en Chile. Recuperado el 13 de Noviembre de 2014, de Cooperativa.cl: <http://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/medicos/informe-del-minsal-faltan-3-800-medicos-especialistas-en-chile/2014-11-13/105113.html>
- Sigerist, H. E. (1974). *La profesión de médico a través de las edades*. Universidad de Antioquia: Ed. Guadalupe.