

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO



**“FORMACIÓN DEL PROFESIONALISMO EN LA CARRERA DE MEDICINA DE
LA UNIVERSIDAD DE CHILE”**

PABLO ANDRÉS SALINAS CARRIZO

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGISTER EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Directora de Tesis: Prof. Dr.(a) Natasha Kunakov

INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO.....	8
EL CONTRATO SOCIAL EN LA MEDICINA.....	9
DEFINICIÓN DE PROFESIONALISMO MÉDICO	10
ENSEÑANZA DEL PROFESIONALISMO	17
CRISIS DEL PROFESIONALISMO	20
PROBLEMA	22
DISEÑO METODOLÓGICO.....	23
GUIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	27
REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	29
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA:.....	30
RESULTADOS.....	32
DISCUSIÓN	77
DEFINICIÓN DEL PROFESIONALISMO.....	77
ADQUISICIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL PROFESIONALISMO.....	80
ADQUISICIÓN DE LOS COMPROMISOS CON LA SOCIEDAD.....	84
PESO DEL CURRÍCULUM OCULTO.....	85
CONCLUSIÓN.....	89
PROYECCIONES.....	90
LIMITACIONES.....	91
BIBLIOGRAFÍA	92

RESUMEN

La enseñanza del profesionalismo en la carrera de medicina ha transitado desde cualidades y valores entendidos como propios de la profesión, traspasados implícitamente en las actividades académicas, a un constructo definido y explícito, incluido en diferente medida en las mallas curriculares. Este cambio ha ocurrido acorde a cambios sociales, que exigen mayor transparencia y garantías.

Existe una crisis del profesionalismo, demostrada subjetivamente en un cuestionamiento social al actuar médico y también en literatura emergente que la reporta. Esta crisis surge según varios autores, de la fractura del contrato social de la profesión con la comunidad.

Dicha problemática, unida al proceso de innovación curricular de la carrera de medicina de la Universidad de Chile, con profundos cambios, genera la pregunta: ¿cómo se forma el profesionalismo en la carrera de medicina de la Universidad de Chile y cuán efectiva es dicha formación?

Para responderla, se realizó una investigación cualitativa descriptiva, tipo fenomenológica, a través de una entrevista semiestructurada a alumnos de 3° y 7° año de la carrera y académicos de pregrado, que indagó la definición de profesionalismo que manejan profesores y alumnos, los factores favorecedores y entorpecedores para su adquisición y la opinión de ellos sobre la efectividad del pregrado en inculcar compromisos del profesionalismo en los egresados de medicina

Se vio una importante influencia del “currículum oculto”, junto a elementos explícitos del currículum del pregrado en esos tres ámbitos, con diferente peso en cada uno de ellos. Destaca la presencia del ambiente estudiantil como un factor relevante del currículum oculto.

ABSTRACT

The teaching of professionalism in the medical career has gone from qualities and values understood as characteristic of the profession, implicitly transferred in academic activities, to a defined and explicit construct, included to a different extent in the curricular networks. This change has occurred according to social changes, which require greater transparency and guarantees.

There is a crisis of professionalism, subjectively demonstrated in a social questioning when acting as a doctor and also in emerging literature that reports it. According to various authors, this crisis arises from the fracture of the profession's social contract with the community.

This problem, together with the process of curricular innovation of the medical career of the University of Chile, with profound changes, generates the question: how is professionalism formed in the medical career of the University of Chile and how effective is this training?

To answer it, a qualitative, descriptive, phenomenological research was carried out through a semi-structured interview with 3rd and 7th year students and undergraduate academics, which investigated the definition of professionalism used

by teachers and students, the factors favoring and hindering its acquisition and their opinion on the effectiveness of the undergraduate degree in instilling professionalism commitments in medical graduates

An important influence of the “hidden curriculum” was seen, together with explicit elements of the undergraduate curriculum in these three areas, with different weight in each one of them. It highlights the presence of the student environment as a relevant factor of the hidden curriculum.

INTRODUCCIÓN

La Medicina ha tenido variados cambios que han seguido los cambios sociales económicos y políticos del país en los últimos 40 años (Campos, 2006), llevando una profesión tradicionalmente ligada a la interacción de dos personas en un espacio definido: médico y paciente; a una profesión en la que se agregan otros actores económicos, sociales y políticos para la resolución de la atención de las personas, cada uno con distintos intereses entre sí (Rosselot, n.d.). Estos cambios han traído una tensión progresiva en el contrato social de la profesión y la ciudadanía (Rosselot J, 2006), con un interés creciente en que exista una muy buena calidad en el ejercicio de la actividad.

En este contexto social, la facultad de Medicina de la Universidad de Chile, inició un proceso de innovación curricular enmarcado en las necesidades crecientes de la población en la atención de salud y en los proyectos de financiamiento de la educación superior (Armanet & De Barbieri, 2009), llevando a la conversión de la malla curricular desde un currículum basado en objetivos a otro basado en competencias.

Dicho proceso ha implicado la reconversión de ramos y la disgregación de otros con el reordenamiento de las materias abarcadas en ramos nuevos con enfoques y metodología nueva. Paralelamente para asegurar la calidad, se han generado instancias y órganos de análisis continuo de la calidad y pertinencia de las competencias definidas y del currículum instalado (Armanet & De Barbieri, 2009).

Por ende, es relevante analizar el enfoque que ha dado la Universidad de Chile a la formación del profesionalismo médico en la malla curricular de la carrera de medicina, expresado en la ubicación que tiene este tema en ella.

Así, al revisar la información pública de la carrera de medicina en el portal de la Facultad de Medicina, se observa que no existe un módulo o ramo formal que trate el profesionalismo y su enseñanza teórica ha quedado incluida formalmente en ramos de ética sin ser mencionado en otros ramos de manera explícita (“Medicina - Facultad de Medicina - Universidad de Chile,” n.d.)

Dado que no existe la difusión del programa de cada curso de la carrera para personas que no pertenezcan a la universidad, no hay certeza pública de este abordaje. Esto permite suponer que el tema estaría siendo abordado en el currículum oculto de la carrera, como se ha planteado previamente en otros artículos (Rosselot, n.d.) (Rodríguez Portales, 2007) o sea, a través del ejercicio diario de la profesión como instrumento y método de enseñanza de ella (Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez,” n.d.).

La situación es la misma al momento de buscar en los programas de postítulo médico (especialidad), lo que contrasta con la evidencia de que el profesionalismo en el postítulo debe ser una suerte de continuación de la enseñanza en el pregrado.

Considerando este enfoque dado al tema, junto al interés creciente de la sociedad y del cuerpo médico respecto del profesionalismo del médico (Valdivieso, 2007) (Rodríguez Portales, 2007), y lo relevante de considerarlo en la formación (Rosselot, n.d.) (Morales-Ruiz, 2009), es que resulta importante revisar cuál es la

manera en que se forma en el pregrado de la carrera de medicina de la Universidad de Chile .

MARCO TEÓRICO

El profesionalismo como concepto nace en las sociedades occidentales desde los gremios y universidades medievales. Con la evolución del conocimiento científico y la creación de tecnología, las nacientes sociedades industriales otorgaron a las profesiones posición de prestigio y regalías sustanciales, en el entendido que los profesionales deberían ser altruistas y morales en sus actividades diarias, creando así el Contrato entre una profesión y la sociedad (*contrato social*).

El concepto de profesionalismo por tanto, se aplica a las personas que ejercen alguna profesión, vale decir una ocupación de servicio al público que tiene características propias: un conjunto especial de conocimientos y habilidades únicas, con privilegios especiales dados por el cuerpo social, no concedidos al público en general y con deberes y responsabilidades distintas al común de la gente (Ortega T, García M, & Biagini A, 2006) (Swick HM., 2000)

Así, el profesionalismo implica no solo el dominio de conocimientos técnicos y habilidades especiales; sino que se centra en la vocación, con los valores y principios éticos asociados a ella: respeto, honestidad, seguridad; y sobre todo altruismo (Ortega T et al., 2006), que hacen la diferencia y generan el *contrato social*.

La definición de profesionalismo médico ha sido tratada por diversos autores, quienes reafirman los elementos generales ya expuestos de este concepto y los vinculan directamente a la buena calidad del ejercicio de la profesión médica y a el cumplimiento del contrato implícito entre los médicos y la sociedad (Cohen, 2006) (Morales-Ruiz, 2009) (Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, 2002) (Swick HM., 2000).

Es por tanto relevante definir para efectos de esta investigación, los conceptos asociados: el *contrato social*, definición de profesionalismo médico, su enseñanza y la crisis que este vive.

EL CONTRATO SOCIAL EN LA MEDICINA

El llamado *contrato social* de la medicina se ha comprendido como el acuerdo entre el grupo médico y la sociedad de dar un cuidado competente, racional y libre de intereses personales a sus pacientes, a cambio de la prerrogativa de estos profesionales de tener la libertad de definir los propios estándares de calidad de su ejercicio, determinar la admisión a esta profesión y de juzgar quién educa mejor a los futuros médicos (Cohen, 2006).

De esta manera el *contrato social* inicial daba privilegios de autonomía, seguridad socioeconómica y valoración social al profesional médico, a cambio de un desempeño acorde con la confianza que la sociedad deposita en él (Cohen, 2006).

Como se comprende, este acuerdo entre la profesión y la sociedad se basa en la mantención de valores inherentes al desarrollo humano, los que van de la mano con los valores que han sustentado la profesión médica, por lo que su relación es estrecha e influyen directamente en las definiciones hechas de profesionalismo médico.

DEFINICIÓN DE PROFESIONALISMO MÉDICO

Existen distintas definiciones del profesionalismo médico, según la literatura consultada y el medio en que se desarrolla (Kasule, 2013), sin perjuicio de eso pueden recogerse elementos comunes a todas las definiciones y en las que confluyen la idea de un sistema valórico, actitudinal y conductual, que domina el ejercicio de la profesión médica (Campos, 2006), orientándola al servicio del paciente y de la sociedad (Morales-Ruiz, 2009) (Swick HM., 2000).

De esta manera se podría definir Profesionalismo Médico como el cumplimiento del *contrato social*, expresado en valores propios del profesional, que incluyen: altruismo, respeto, honestidad, integridad, obediencia, honor, excelencia y responsabilidad (Cohen, 2006)(Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, 2002)

Desde un punto de vista operativo estos conceptos se han recogido en una definición hecha el año 2002, por el American Board of Internal Medicine (ABIM), el American College of Physicians, la American Society of Internal Medicine (ACR-ASIM) y la European Federation of Internal Medicine (EFIM), a través del «Medical

Professionalism Project» (Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, 2002), que incluyen tres principios fundamentales:

1. **Principio de primacía del bienestar del paciente:** Que constituye la dedicación al servicio del interés del paciente. Se basa en el altruismo que contribuye a la confianza fundamental para la relación médico-paciente.
2. **Principio de autonomía del paciente:** Los médicos deben tener respeto por la autonomía del paciente. Siendo honestos con sus pacientes y facultándolos para tomar decisiones informadas sobre su tratamiento. Las decisiones de los pacientes sobre su atención deben ser primordiales, siempre y cuando ellas se ajusten a la práctica ética y no lleven a demandas de atención inadecuada.
3. **Principio de justicia social:** La profesión médica debe promover la justicia en el sistema de atención de salud, incluida la distribución justa de los recursos para esto y debe trabajar activamente para eliminar la discriminación en la atención médica, ya sea por raza, género, condición socioeconómica, etnia, religión o cualquier otra categoría social.

Sobre estos tres principios fundamentales se constituyen las siguientes responsabilidades del profesional médico:

1. **Compromiso con la competencia profesional.** El Médico debe estar comprometido con el aprendizaje de por vida, siendo responsable de mantener el conocimiento médico y las habilidades clínicas y de equipo necesarias para brindar atención de calidad. La profesión en su conjunto

debe resguardar que todos sus miembros sean competentes, garantizando que los médicos dispongan de los mecanismos adecuados para esto.

2. **Compromiso con la honestidad a los pacientes.** El Médico debe asegurarse de que los pacientes estén informados de manera completa y honesta antes de que hayan dado su consentimiento al tratamiento y después de que éste haya ocurrido. Esto quiere decir que el paciente, debe estar facultado para decidir el curso de la terapia, sin que necesariamente deba participar en cada decisión sobre la atención médica. La profesión debe reconocer también que, en la atención, a veces ocurren errores médicos que dañan a los pacientes.

3. **Compromiso con la confidencialidad del paciente.** Mantener las garantías de confidencialidad a la divulgación de la información del paciente es crucial al ejercicio de la profesión, compromiso que se extiende a las conversaciones con personas que actúan en nombre del paciente. Este compromiso de confidencialidad es crucial, dado el uso generalizado de los sistemas de información electrónicos y la creciente disponibilidad de información genética, teniendo en cuenta las consideraciones primordiales de interés público (por ejemplo, cuando hay pacientes que ponen en peligro a otros).

4. **Compromiso de mantener relaciones adecuadas con los pacientes.** Dada la vulnerabilidad y la dependencia propia del paciente, debe evitarse relaciones entre médicos y pacientes, que desvirtúen el ejercicio, así el médico nunca debe explotar al paciente por ventaja sexual, ganancia financiera, personal u otro fin privado.

5. **Compromiso con la mejora de la calidad de la atención.** Los médicos deben procurar la mejora continua en la calidad de la atención de salud. Este compromiso implica mantener la competencia clínica, trabajar en colaboración con otros profesionales para reducir los errores, aumentando la seguridad del paciente, minimizando el uso excesivo de recursos y optimizando los resultados de la atención. El médico individual y gremialmente debe participar activamente en el desarrollo y aplicación de medidas de calidad de la atención junto con la evaluación rutinaria del desempeño de todos los actores de la prestación de atención.
6. **Compromiso con la mejora del acceso a la atención.** El profesionalismo médico exige que el objetivo de todos los sistemas de atención médica sea la disponibilidad de un estándar de atención uniforme y adecuado. El médico debe esforzarse individual y colectivamente en reducir las barreras a la atención médica equitativa. Barreras basadas en la educación, las leyes, las finanzas, la geografía y la discriminación social. Este compromiso implica la promoción de la salud pública y la medicina preventiva, sin intereses propios.
7. **Compromiso con una distribución justa de recursos finitos.** Al mismo tiempo que satisfacen las necesidades de pacientes individuales, los médicos deben brindar atención basada en el manejo inteligente y rentable de recursos clínicos limitados. Deben comprometerse a trabajar con otros médicos, hospitales y pagadores para desarrollar pautas para una atención sustentable. Evitar meticulosamente las pruebas y procedimientos innecesarios que expone a los pacientes a daños y gastos evitables, y que también disminuye los recursos disponibles para otras personas.

8. **Compromiso con el conocimiento científico.** Gran parte del contrato social de la medicina se basa en la integridad y el uso apropiado del conocimiento científico y la tecnología. Los médicos tienen el deber de defender los estándares científicos, promover la investigación y crear nuevos conocimientos y garantizar su uso adecuado, basándose en evidencia científica y en la experiencia de cada médico.
9. **Compromiso de mantener la confianza mediante la gestión de conflictos de intereses.** El médico tiene la obligación de reconocer, divulgar al público en general y resolver los conflictos de intereses que surjan en el curso de sus deberes y actividades profesionales con industrias con fines de lucro en salud: fabricantes de equipos médicos, compañías de seguros y firmas farmacéuticas. La relación entre la industria y los líderes de opinión se debe divulgar, especialmente cuando estos definen criterios para realizar y reportar ensayos clínicos, escribir editoriales o guías terapéuticas y servir como editores de revistas científicas
10. **Compromiso con las responsabilidades profesionales.** Los médicos deben trabajar en colaboración para maximizar la atención al paciente, participar en los procesos de autorregulación, incluida la rehabilitación y la disciplina de los miembros que no han cumplido con los estándares profesionales. La profesión también debe definir y organizar el proceso educativo y de establecimiento de estándares para los miembros actuales y futuros. Los médicos tienen obligaciones individuales y colectivas en estos procesos: participar en una evaluación interna y aceptar un escrutinio externo de su desempeño profesional.

Por otro lado se puede decir que el profesionalismo médico desde la perspectiva de un sistema normativo de valores (Campos, 2006), se define como “Los conocimientos, habilidades, actitudes y conductas esperadas por los pacientes y la sociedad de los individuos durante la práctica de su profesión. Incluye conceptos como las habilidades para el aprendizaje permanente y el mantenimiento de la competencia, pericia en el manejo de la información, comportamiento ético, integridad, honestidad, altruismo, servicio a los demás, adherencia a códigos profesionales, justicia y respeto” (Miranda Limón, 2011). Esto puede resumirse en "compromiso con el cumplimiento de las responsabilidades profesionales y la adhesión a los principios éticos".

Otras conceptualizaciones han dividido en dos visiones, como sistema valórico independiente y como ideología del dominio. Visto como valor social o institucional, independiente, se ha definido como “forma de comunidad moral basada en la membrecía ocupacional”. Como ideología, se define como el mecanismo para promover y facilitar el cambio ocupacional, que convenza a empleados, profesionales y otros trabajadores para desarrollarse en los términos en los cuales la organización consideren apropiado, efectivo y eficiente.

Otros autores han definido el profesionalismo médico como una organización social, que abre la oportunidad de afirmar valores y principios profesionales, que tiene una racionalidad interna propia, formando una tercera lógica, frente a las lógicas del mercado y del estado, a través de un sistema de valores independientes de ellos. (Swick HM., 2000).

La literatura nacional registra importantes reflexiones explícitas al respecto posicionando originalmente al profesionalismo médico como una respuesta para

superar los desafíos planteados al ejercicio médico y rearticulando el *contrato social* (Campos, 2006).

Otras reflexiones al respecto, y diversos conceptos que confirman esta construcción se encuentran dispersos en las diversas publicaciones disciplinares de la medicina nacional, muchas veces abordados desde la ética de la profesión y/o desde los procesos de calidad asistencial y educativos (Rosselot J, 1999) (Rodríguez Portales, 2007) (Rosselot J, 2006), con un desarrollo del concepto en la literatura nacional sobre educación médica que manifiesta las mismas aprensiones que autores extranjeros (Richard, Peter, Matthew, & Brian, 2009).

El concepto se ha incluido en el Código de ética del Colegio Médico de Chile, incluyendo varias de las ideas ya enunciadas (Colegio Médico de Chile, 2013) , pero no se ha convertido en un eje conocido del trabajo gremial y tampoco existe como concepto, enunciado en las definiciones que el Ministerio de Salud ha hecho al respecto, en sus documentos oficiales respecto de las personas que trabajan en el sector salud.

Con todos estos antecedentes, y considerando que el concepto de profesionalismo médico está entrelazado íntimamente con el contrato social de la medicina, es coherente ocupar una definición que se centre en valores comunes a todos los actores sociales y que los operativice para los fines de esta investigación.

Por tanto, resulta pertinente considerar la definición de profesionalismo hecha por el American Board of Internal Medicine (ABIM), el American College of Physicians, la American Society of Internal Medicine (ACR-ASIM) y la European Federation of Internal Medicine (EFIM), mencionado inicialmente, que define el tema desde tres principios esenciales, agregando los compromisos sociales

implícitos en el ejercicio de la profesión, que funciona bien al concretizar dichos conceptos y que ya ha sido usado en distintas publicaciones al respecto (Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, 2002) (Cohen, 2006).

ENSEÑANZA DEL PROFESIONALISMO

Tal como se ha dicho, el profesionalismo médico es fundamental para la práctica de la medicina, es esperado por los médicos, el sistema de atención médica y los pacientes por igual, por lo que resulta crucial su enseñanza en el pregrado.

Así, diversos autores han planteado el hecho crucial de que gran cantidad de los valores incluidos en la definición de profesionalismo, hayan sido enseñados y aprendidos en la educación previa, vale decir en el sistema escolar. Luego, otros investigadores han planteado como afecta esto en la necesidad de formarlos durante la enseñanza médica universitaria (Brody & Doukas, 2014) (Kirch, Gusic, & Ast, 2015) (Cohen, 2006) (Stark & Fins, 2014).

Con todos estos antecedentes, existe evidencia que demuestra la utilidad de infundir estas ideas en los estudiantes en el pregrado universitario, como predictor de su quehacer futuro profesional y luego como alumnos de postítulo (Rosselot, n.d.) (Ziring, Frankel, Danoff, Isaacson, & Lochnan, 2018) (Fong et al., 2020).

Al respecto, existen autores latinoamericanos que han planteado promover ambientes de aprendizaje que estimulen el desarrollo de las funciones cognitivas, la adquisición de habilidades y destrezas, el pensamiento crítico, la autonomía en la toma de decisiones, el liderazgo, el trabajo colaborativo, la comunicación eficaz, la sensibilidad social, la solidaridad, la ética y la tolerancia frente a la diversidad, todos valores propios del profesionalismo médico (Morales-Ruiz, 2009).

Esto implica entender la educación en su rol condicionante de conductas y actitudes, pero ir más allá en su rol de generador de reflexión y así, de adopción de valores y reforzamiento de ellos. Esto ya que al referirnos a ambientes de aprendizaje, estamos incluyendo no solo a los condicionantes del entorno sino que además a los actos y actitudes del profesor como ejemplo para quienes están aprendiendo, lo que lleva obligatoriamente a prestar especial atención al currículum oculto de la carrera y al rol modelador del docente (Rosselot, n.d.) .

Así, considerando la educación como el instrumento en que se perpetúan las estructuras sociales, como el *contrato social*, ella aporta en la mantención del profesionalismo (Morales-Ruiz, 2009). O sea, la educación médica aporta en el condicionamiento de los agentes (estudiantes) por estructuras objetivas independientes de la conciencia y voluntad de ellos (educación y enseñanza médica), entregadas por los docentes en su rol de modelo, que amplían el capital de los estudiantes y que se incorporan por su posición en el espacio social definido, o sea el ambiente académico universitario: profesor a alumno. Rol de modelo educacional que se encuentra en tensión creciente por las distintas presiones del sistema educacional y de salud en nuestro país.

Este condicionamiento orienta o coacciona las prácticas de los alumnos en el ámbito profesional (Palés Argullós, 2015), para luego idealmente llevar a la reflexión del educando, y así la internalización de los valores propios del profesionalismo, generando el modelamiento del alumno en todo este proceso.

Por ende, para que este proceso de modelamiento ocurra de manera efectiva requiere de la existencia de un ambiente constante de refuerzo de dichos valores, dado por los actores que participan en la formación de pregrado, críticamente el

profesor (docente) como modelo de conductas y las condiciones prácticas en que se dé este refuerzo, incluyendo rituales durante su práctica clínica (Córdoba-Castro & Rivera-Largacha, 2019)

Ahí aparece la importancia del llamado currículum oculto, vale decir, todas aquellas condiciones prácticas, que emanan de las culturas organizacionales y de las situaciones cotidianas, que influyen en la educación de los alumnos de pregrado a lo largo de toda su carrera, y que influyen en todos los elementos mencionados.

Estas condiciones prácticas, son factores externos a los modelos educativos planteados en el currículum formal y generan dinámicas culturales que terminan decretando definiciones de lo que es ser un “buen” o un “mal” médico

Este currículum afecta el trabajo en equipo, el cuidado del paciente, la actividad clínica y el rendimiento académico de los estudiantes. Es, a su vez una derivación de la lógica funcionalista y la visión anatomoclínica del cuerpo humano, con una lógica disciplinar militarizada de los hospitales creada a fines del siglo XVIII que tenía como fin optimizar procesos, entre ellos el de enseñanza-aprendizaje.

El resultado de esto ha sido un sistema pedagógico centrado en el proceso de salud-enfermedad, que desplazó al estudiante como objeto principal de la enseñanza, con una lógica militar que somete a los estudiantes a altas presiones del ambiente y de los docentes, a una mayor exigencia y a más horas de estudio (Córdoba-Castro & Rivera-Largacha, 2019).

CRISIS DEL PROFESIONALISMO

Con todo lo expuesto y si consideramos la definición de profesionalismo a usar y su relación estrecha con el *Contrato social*, es crucial referirse a la crisis del profesionalismo como motor de esta investigación.

Tal como se ha dicho el escenario de privilegio y consideración hacia la profesión médica ha ido cambiando de un sitio de comodidad a otro de duda y escrutinio público (Altirkawi, 2014), fruto de los distintos cambios tecnológicos y sociales que ha tenido la sociedad.

Frente a esto, ya desde finales de los ochenta y comienzos de los noventa se planteó el tema de las grandes transformaciones sociales del país y su impacto en el ejercicio de la profesión, desde el punto de vista ético, planteando el rol central de esta disciplina en la enseñanza de la profesión (Lolas, 1990) (Reed & Evans, 1987).

Luego, desde comienzos de siglo XXI esta situación de cuestionamiento y escrutinio público era analizada y reflexionada en distintas instancias desde el cuerpo médico, no solo desde la ética, sino que además recordando que el concepto de *profesionalismo médico*, nace como el cumplimiento del *contrato social* (Cohen, 2006) (Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, 2002) y exponiendo simultáneamente el ambiente de insatisfacción hacia los médicos y su adecuado profesionalismo al haber un incumplimiento de su parte del *contrato social* (Rosselot J, 2006)

Se planteaba desde esas reflexiones, que este incumplimiento derivaba de varios condicionantes sociales, económicos y políticos, tensionantes para el

ejercicio de la medicina, que responden a intereses distintos al de solo ejercer la profesión correctamente y que en los años venideros esta situación se podría hacer más patente amenazando este correcto desempeño de la profesión. (Campos, 2006) (Valdivieso, 2007) (Ortega T et al., 2006) (Rodríguez P, 2006) (Vianney Pons & Argimón, 2020). Condicionantes que también han afectado el rol de modelo educacional, al actuar en el quehacer diario del médico (Hafferty, O'Brien, & Tilburt, 2020).

Todos estos antecedentes se complementan con casos que han sido de connotación social importante, como el intercambio de recién nacidos en un hospital público hace unos años ("Paramédica fue declarada culpable por cambio de guaguas de Talca - Cooperativa.cl," n.d.) o la condena por carteles de colusión médicos ("Las sanciones contra los 25 ginecólogos condenados por colusión en Ñuble - Cooperativa.cl," 2015), que han puesto en entredicho al profesionalismo médico y han sido parte del cambio en su consideración social, al mostrar la falla en el cumplimiento de los profesionales médicos al *contrato social* y mostrando en hechos concretos que las aprensiones explicitadas en años previos eran reales.

Existe además literatura que refleja el cuestionamiento actual al profesionalismo y su crisis advirtiendo que el contrato médico con la sociedad se ha roto, afectado por la reorganización empresarial de los servicios médicos y del sistema sanitario en general, incluyendo en el actuar de salud intereses ajenos a los planteados inicialmente.

Esto ha afectado así el sentido y la ética de la profesión, en tensión permanente entre el humanismo hipocrático y el mercantilismo. Y por otro lado ha

retirado a los médicos los privilegios adjudicados originalmente (Pacheco, 2013) (Ortega T et al., 2006) (Acuña L., 2004) (Campos, 2006)

PROBLEMA

Así, con todos estos antecedentes, considerando que el modelamiento en la educación del pregrado es la base para la correcta enseñanza del profesionalismo médico y recordando la crisis de dicho profesionalismo en la sociedad actual, es importante conocer la manera en que ocurre la formación de él en la educación profesional médica, en sus aspectos formales, en el currículum oculto, y sobre todo la efectividad de esta formación, según la visión de los actores de este proceso, en la carrera de medicina de la Universidad de Chile. Enfocándose inicialmente en el pregrado.

Se espera que con este conocimiento se puedan plantear progresivamente intervenciones y procesos de mejora en las instancias formativas del pregrado. Además, dependiendo de la naturaleza y extensión de los hallazgos se proyecta la generación de líneas de trabajo investigativo educacional en nuestra facultad.

Por todo esto, resulta atinente al problema propuesto, realizarse las siguientes preguntas:

- 1) ¿cómo se forma el profesionalismo en la carrera de medicina de la Universidad de Chile?
- 2) ¿cuán efectiva y pertinente es su enseñanza?

De estas preguntas se desprende el objetivo general que es: conocer las maneras en que se entregan y moldean los valores de profesionalismo en la carrera

de medicina y si resultan efectivas para la adquisición de él por parte de los alumnos de pregrado.

Desde ahí los objetivos específicos son:

- Conocer el concepto de profesionalismo médico que manejan los profesores y alumnos de 3° y 7° de la carrera de medicina
- Conocer las maneras en que se forma el profesionalismo médico según la apreciación de profesores y alumnos, en los tres ejes valóricos esenciales de la definición de profesionalismo usada.
- Conocer la apreciación de efectividad de la formación del profesionalismo en la carrera de medicina según la apreciación de actores relevantes en ella: profesores y alumnos en relación a los compromisos explícitos, en la definición de profesionalismo usada.

DISEÑO METODOLÓGICO.

Se ha decidido realizar un estudio cualitativo, descriptivo, con una orientación fenomenológica, basado en las ideas de Husserl, para explorar los conceptos del profesionalismo que hay en los profesores y los alumnos de medicina y la percepción que tienen de la formación de ellos en la carrera.

Esto dado la coherencia que existe entre el problema planteado, los objetivos: general, específicos y un diseño de este tipo, que busca describir los pormenores de la enseñanza del profesionalismo en la carrera de medicina.

El grupo en estudio corresponde a los alumnos de pregrado de medicina de la Universidad de Chile de los cursos de tercer y séptimo año, con una cantidad de

200 en cada nivel y los académicos que realicen enseñanza de pregrado en los distintos campus de medicina de la Universidad de Chile.

Esta definición del grupo de estudio se basa en que los alumnos de tercer año se encuentran en la mitad de la formación de pregrado, por lo que recoger su mirada es relevante luego de haber cursado cursos teóricos que abordan el profesionalismo médico y estar cursando cursos de formación clínica, que son el ambiente natural de aplicación de las ideas de él. Estas opiniones conforman la primera visión al respecto de una persona formándose en la profesión.

Los alumnos de séptimo año están terminando la carrera por lo que se supone que deben aportar una visión de las personas que están cerca de ejercer la profesión y por ende han experimentado las distintas influencias del currículum oculto, que define en muchas ocasiones la apreciación del profesionalismo y su modelamiento.

En ambos grupos resulta esencial que se trate de alumnos cursando cada nivel sin retraso en otras asignaturas previas, ya que esto implica que han experimentado el currículum completo para cada uno de ellos, lo que hace más fidedigno su testimonio.

La opinión de los profesores es crucial dado que deben mostrar la visión de quienes entregan las enseñanzas en la formación profesional y deberían estar en concordancia con las directrices emanadas desde la facultad y la universidad. Además, deberían aportar su opinión desde la experiencia clínica y como actores formadores en la modelación de esta cualidad, por su quehacer diario. Esta es una información importante en contraste con lo que aporten los alumnos, sobre todo respecto del currículum oculto y su influencia en la formación.

La selección de entrevistados se hizo de manera aleatoria sobre las bases de datos de alumnos de la carrera y claustros académicos de cada departamento, del grupo de estudio ya definido. Se mantuvo una proporción igual de hombre y mujeres entrevistados en cada grupo: alumnos de tercer año, alumnos de séptimo año y docentes, se usó la metodología de saturación de datos, es decir, terminar el muestreo una vez que se viera que se repetían las mismas respuestas entre los entrevistados de cada grupo, para definir la cantidad total de participantes en la muestra, con un máximo de 6 entrevistas por cada grupo.

La muestra fue todas las personas que dieron su consentimiento para participar en este estudio, de manera anónima, utilizando la metodología de saturación de datos ya mencionada.

La obtención de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada, a los actores relevantes, del pregrado de medicina.

Esta entrevista se realizó a través de plataformas tecnológicas de comunicación audiovisual, en un ambiente confortable y tranquilo, en horario acordado con cada participante. Cada entrevista fue grabada en audio y/o imagen con la información y autorización previamente dada por el entrevistado(a). Dicha grabación, fue transcrita en su totalidad de manera completa, identificando solo las iniciales del nombre completo de cada entrevistado(a) y el rut sin dígito verificador, para salvaguardar su anonimato.

El guión de las entrevistas fue validado por dos expertos en educación en ciencias de la salud, del Depto. de Educación en Ciencias de la salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

El proyecto fue enviado al comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile quien entregó su aprobación.

El análisis de datos se realizó con software de análisis de datos cualitativos en base a conceptos centrales mencionados en cada entrevista y su frecuencia para cada pregunta hecha, graficando estas frecuencias según su densidad en el estudio.

Junto a esta se realizó un análisis por categorías de ideas relacionadas con las preguntas de investigación, y que indaga en los factores que definen las respuestas emitidas por cada persona entrevistada.

Guión de entrevista semiestructurada

1.- ¿Cómo definiría usted el Profesionalismo Médico?

2.- ¿Que habilidades, destrezas, actitudes y valores diría usted, que son propias del profesionalismo médico?

Considerando que la definición de profesionalismo usada por la Asociación médica de Estados Unidos incluye tres compromisos principales: preservación de la beneficencia del paciente, protección de la autonomía del paciente y preservación de la justicia social.

3.- A su juicio, los alumnos de medicina de la u. de Chile ¿adquieren competencias propias del profesionalismo médico, específicamente en el área de preservar la beneficencia del paciente? ¿por qué y cómo?

4.- A su juicio, los alumnos de medicina de la u. de Chile ¿adquieren competencias propias del profesionalismo médico, específicamente en el área de de la protección de la autonomía del paciente? ¿por qué y cómo?

5.- A su juicio, los alumnos de medicina de la u. de Chile ¿adquieren competencias propias del profesionalismo médico, específicamente en el área de preservar la justicia social en la atención en salud? ¿por qué y cómo?

6.- ¿Cuál o cuáles cree ud. que son los factores que favorecen y los factores que dificultan la adquisición de las competencias del profesionalismo médico, en relación al cuidado de la beneficencia del paciente, en el pregrado de medicina?

7.- ¿Cuál o cuáles cree ud. que son los factores que favorecen y los que dificultan la adquisición de las competencias del profesionalismo médico, en relación a preservar la autonomía del paciente, en el pregrado de medicina?

8.- ¿Cuál o cuáles cree ud. que son los factores que favorecen y aquellos que dificultan la adquisición de las competencias del profesionalismo médico, en relación a la justicia social, en el pregrado de medicina?

9.- De los siguientes compromisos con la sociedad que se adquieren con el profesionalismo, ¿cuál o cuáles cree usted, que son adoptados con mayor fuerza por los egresados de medicina de la universidad de Chile? ¿por qué?

Compromiso con la competencia profesional.

Compromiso con la honestidad a los pacientes.

Compromiso con la confidencialidad del paciente.

Compromiso de mantener relaciones adecuadas con los pacientes

Compromiso con la mejora de la calidad de la atención

Compromiso con la mejora del acceso a la atención.

Compromiso con una distribución justa de recursos finitos.

Compromiso con el conocimiento científico.

Compromiso de mantener la confianza mediante la gestión de conflictos de intereses.

Compromiso con las responsabilidades profesionales.

Puede elegir más de uno.

REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó la aleatorización de alumno(a)s de ambos niveles y de académicos que realizan docencia en pregrado de la universidad, en base a las nóminas oficiales que maneja la Escuela de medicina, para estos grupos de personas archivada en formato excel.

Cada nombre estaba asociado, por ende con un número correlativo desde el 1 al 216 para lo(a)s alumno(a)s de tercer año 2020, del 1 al 208, para los alumno(a) s de séptimo año 2020, y del 1 al 400 para los académicos de pregrado de medicina.

Mediante software on line www.randomizer.org (“Index @ Www.Randomizer.Org,” n.d.), se realizó la randomización de 6 personas por cada grupo de estudio, usando el número correlativo ya nombrado para cada persona. Se realizó el procedimiento de tal manera de conseguir 3 hombres y 3 mujeres en cada grupo de estudio.

Una vez definidos los nombres de los participantes se realizó contacto por correo electrónico y telefónico con cada uno de ello(a)s para explicar naturaleza del estudio. El consentimiento informado fue enviado por correo electrónico y se solicitó su devolución firmada.

Se entregó a cada participante una copia electrónica de su entrevista grabada y se le informó de la libertad de solicitar una copia de la investigación final si así lo deseaba, para ser entregada vía electrónica a la persona.

Se ordenó el registro de participantes en una planilla excel con los datos de contacto y en el registro escrito de cada entrevista se usó las iniciales del primer nombre y apellidos junto al rut sin dígito verificador para identificar a cada persona.

Consentimiento informado para entrevista:

Santiago, Abril 2020

Consentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación

Yo

, alumno(a) de _____ Año de Medicina de la Universidad de Chile, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación "Formación del profesionalismo en la carrera de medicina de la Universidad de Chile".

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados globales de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre y firma del participante

Consentimiento informado para entrevista:

Santiago, Abril 2020

Consentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación

Yo _____,
académico de Medicina de la Universidad de Chile, perteneciente al Departamento
_____, en base a lo expuesto en el presente documento,
acepto voluntariamente participar en la investigación “Formación del
profesionalismo en la carrera de medicina de la Universidad de Chile”..

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados globales de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre y firma del participante

RESULTADOS

FRECUENCIA DE CONCEPTOS

El análisis de frecuencia de los conceptos enunciados por cada persona entrevistada, muestra una predilección por los conceptos de la importancia de la “formación práctica”, y en segundo lugar la importancia de la “formación formal” durante la carrera, definido en los distintos programas de cursos, y por ende el currículum formal.

En este concepto se engloban la gran cantidad de actividades teóricas que se realizan en la carrera: clases, seminarios, talleres de análisis y discusión.

El concepto de “formación práctica”, engloba las características del sistema de salud, de manera preponderante y luego el rol de tutor como modelo de manera relevante, con otros factores como la intención y la declaración institucional de la universidad, el conocimiento, la ética, el compromiso social, el trato al paciente y la empatía.

Ya, en un segundo plano con menos de la mitad de las frecuencias se ven el interés personal y la calidad en la atención al paciente.

Más atrás con menos menciones, el ambiente estudiantil, la falta de recursos, la capacidad de “desenvolverse” (habilidad práctica de interactuar efectivamente en distintos ambientes clínicos, ejerciendo efectivamente la profesión), el concepto de un médico justo, vale decir ecuánime en la hora de tomar decisiones y en poca frecuencia, la honestidad, asertividad y la formación previa, personal, de lo(a)s alumno(a)s.

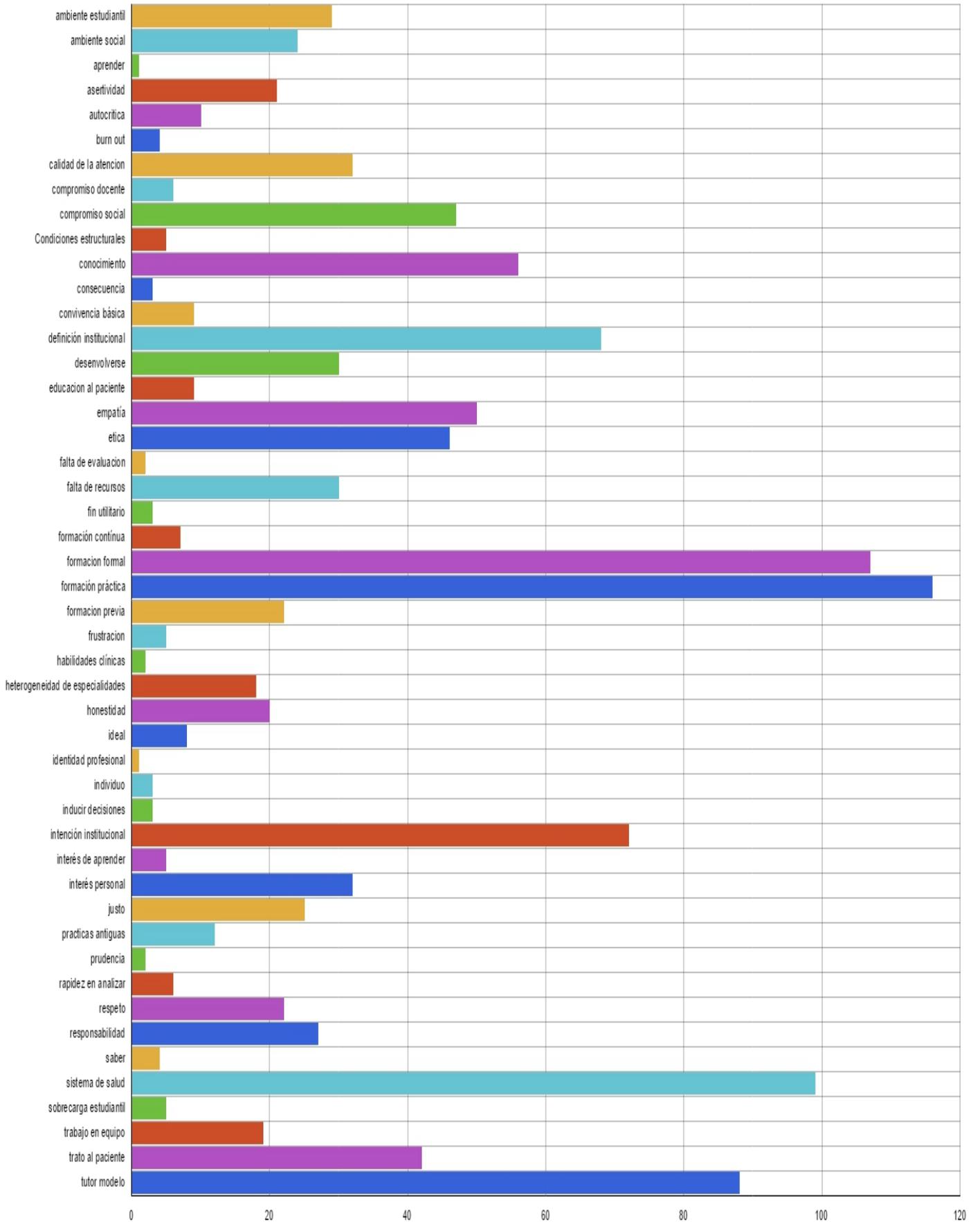
En este sentido, el concepto de formación práctica, hace referencia a todas las situaciones que los entrevistado/as relatan haber conocido o vivido en la parte práctica, clínica de cada ramo.

Es llamativo que se mencione en menor frecuencia, pero no menospreciable y a la par de frecuencia, el conocimiento y la intención institucional de incluir los procesos de formación hacia la adquisición de esas competencias. Esto es percibido por lo(a)s distinto(a)s entrevistado(a)s, en distintas formas: explícitas (currículum declarado) e implícitas (currículum oculto).

Elementos propios de cada alumno/a como su formación previa a la universidad o el interés personal tienen poca importancia en relación a los otros dos temas principales. (Fig. 1), a pesar de que en algunas entrevistas se les daba un valor esencial, sobre todo en los alumno/as de tercer año, como se verá adelante.

Respecto del rol del tutor, éste está en segundo lugar entre los conceptos englobados en la formación práctica, lo que habla del peso de este actor al momento de poder formar competencias propias del profesionalismo médico en los alumnos de distintos niveles. Peso que es valorado por todos los actores de la formación.

FIGURA 1. Frecuencia de conceptos referidos respecto a las competencias propias del profesionalismo en entrevistas a alumnos, internos y académicos de la carrera de medicina



En el análisis desglosado por nivel de formación de los/las entrevistado/as, se observa que en tercer año al contrario del general, predomina una amplia visión de la importancia de la formación formal, seguido atrás de la formación práctica (Fig.2)

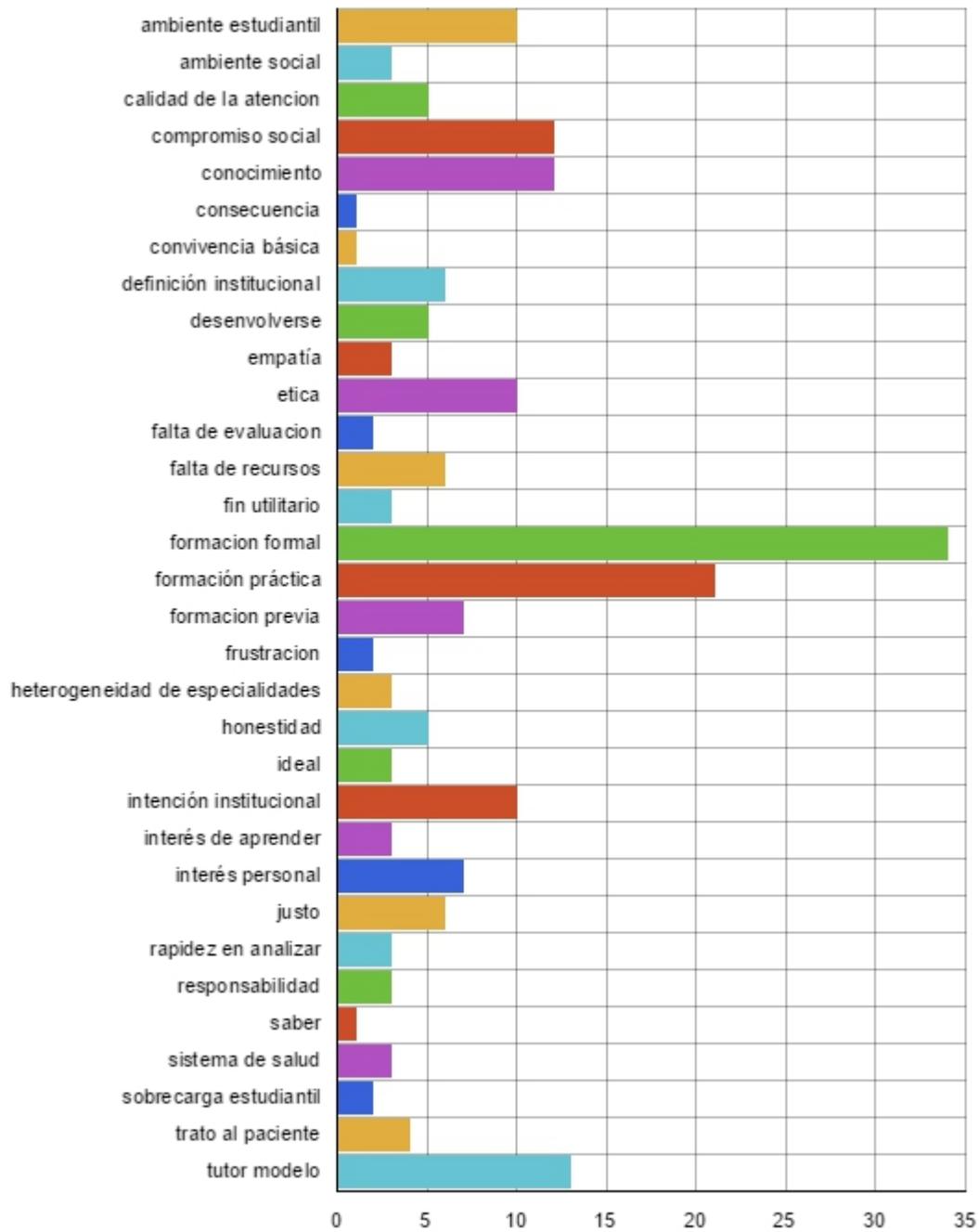
En tercer año (Fig. 2) se observa una preponderancia de aspectos que responden al aspecto formal de la formación, vale decir aquellos que están en cursos teóricos o a las temáticas explicitadas en el currículum formal de la carrera, como módulos o unidades temáticas de distintos cursos. El peso de los elementos de la formación práctica, más relacionados con el ambiente clínico es notoriamente menor, casi con un 60% del primero.

Bastante más atrás, casi con un tercio del peso de la formación formal y en similar relevancia aparece el rol del tutor como modelo, el compromiso social, (como partes del currículum oculto), el conocimiento biomédico, refiriéndose a estar en el tope del estado del arte y con un gran acervo biomédico (como parte del currículum explícito).

La intención institucional (que forma parte de ambos currículums), los elementos del ambiente estudiantil y la ética (currículum oculto) aparecen detrás, seguidos por el interés personal y la formación previa del estudiante (como elementos propios de cada alumno/a).

Es llamativo el poco peso que se le da a la definición institucional, expresada en el currículum explícito de la carrera, como parte importante de la formación del profesionalismo. Este valor de frecuencia es incluso menor que en el análisis general

Figura 2: Frecuencia de conceptos referidos respecto a las competencias propias del profesionalismo en entrevistas a alumnos de tercer año de medicina

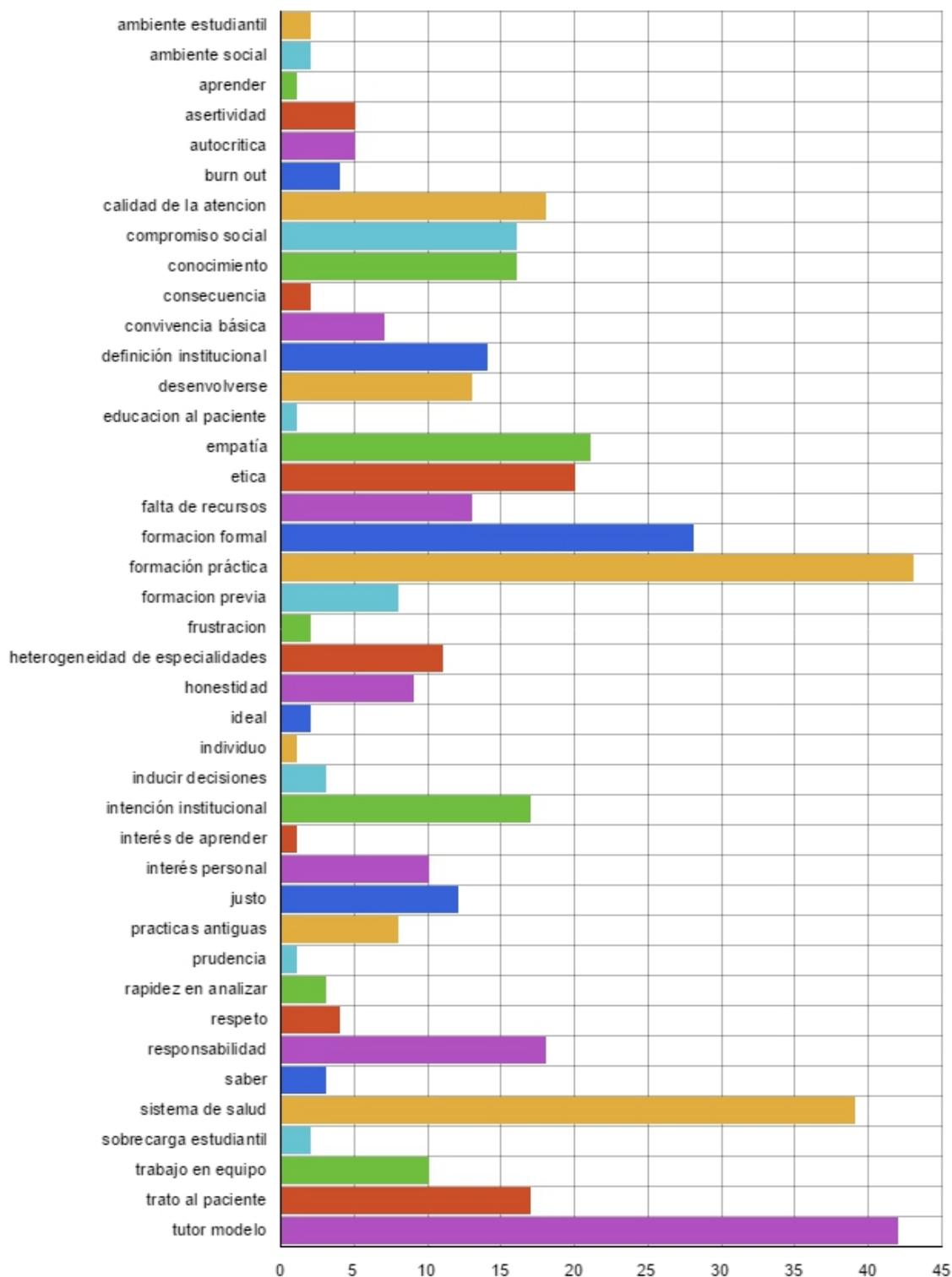


En séptimo año se observan tendencias de frecuencia de conceptos más similares a los de la muestra completa. (Figs 1 y 3).

En séptimo año es llamativo la preponderancia de la formación práctica como eje de la formación del profesionalismo, y dentro de sus conceptos el rol preponderante del tutor como modelo y de las condiciones del sistema de salud.

Luego de él viene las características del sistema de salud, y ya con menos de la mitad de la frecuencia total, la responsabilidad, la empatía y la ética entendidos en el ejercicio diario, la calidad de la atención y el compromiso social. Todos elementos del curriculum oculto, que están ligeramente por sobre el ítem de conocimientos, que es una parte principal del currículum declarado de la Universidad.

Figura 3: Frecuencia de conceptos referidos respecto a las competencias propias del profesionalismo en entrevistas a internos de séptimo año de medicina

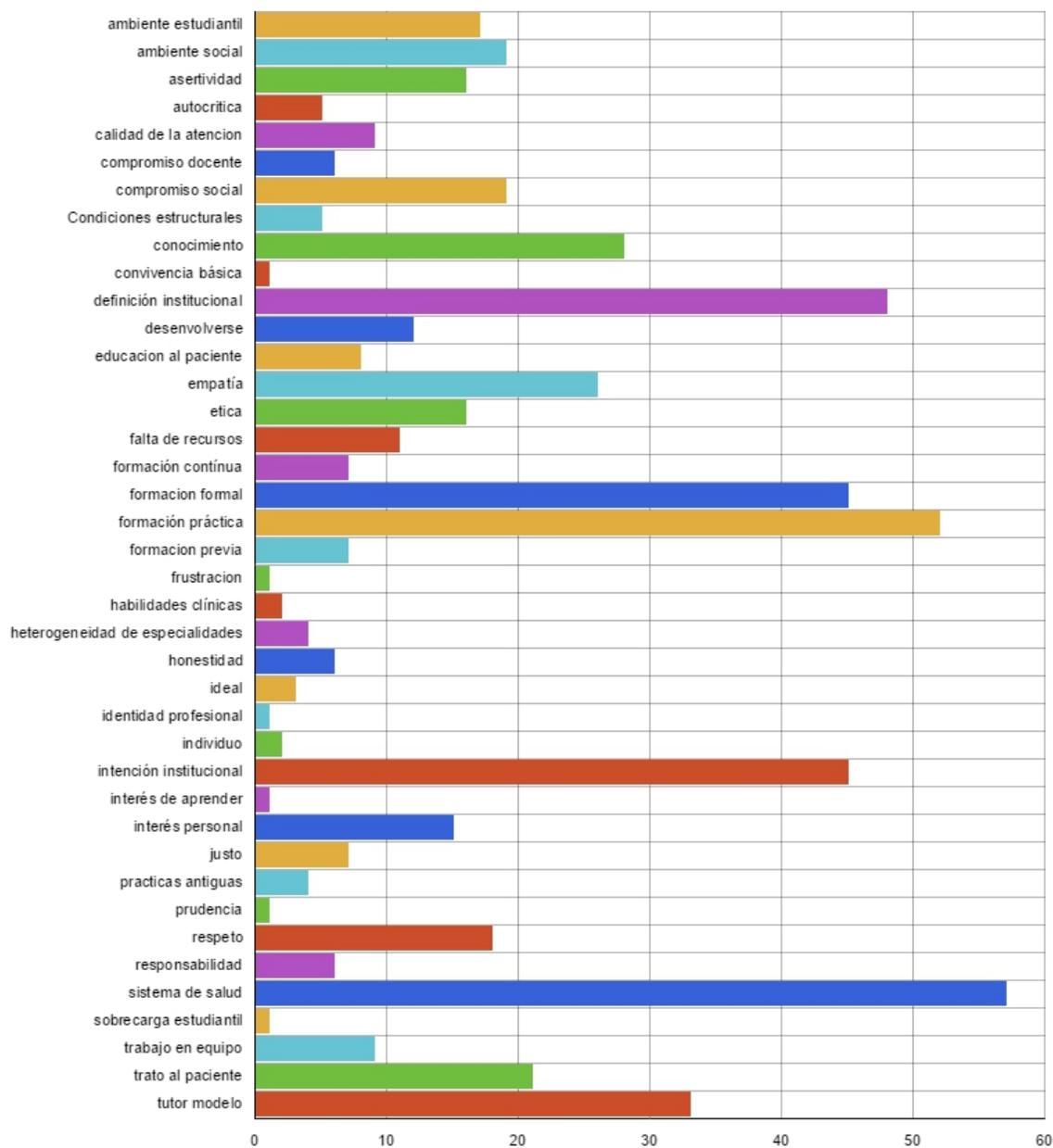


Es destacable además como el rol del tutor se eleva por sobre el peso de todos los otros elementos.

Aparecen aquí también factores prácticos del ejercicio profesional como el burn out de los equipos de salud o la falta de recursos en el sistema de salud. Elementos que no eran tan importantes en la visión de alumnos de tercer año (el burn out no es nombrado). Estas impresiones se analizarán en la sección de Análisis por categoría.

En los académicos por otra parte, los conceptos de la formación práctica son más preponderantes y de ellos las condiciones del sistema de salud son por lejos los más mencionados, luego vienen la definición e intención institucional, y en tercer lugar el rol de tutor como modelo. En un lugar más atrás la ética y la empatía. (Fig. 4)

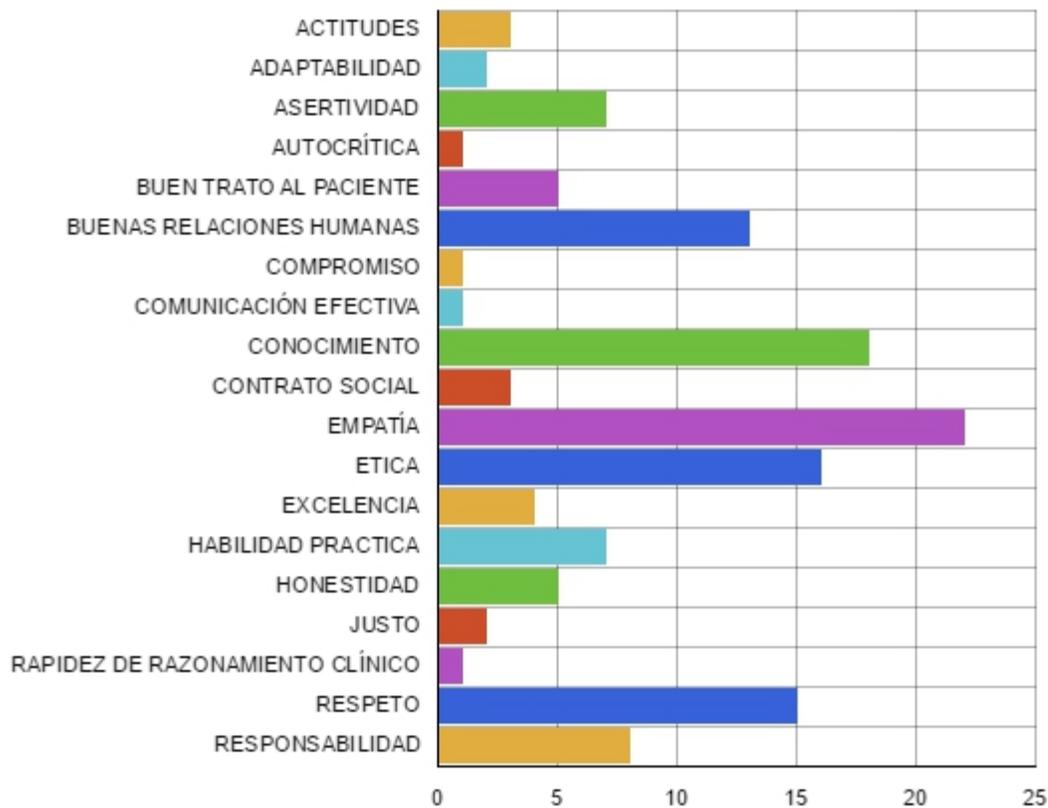
Figura 4: Frecuencia de conceptos referidos respecto a las competencias propias del profesionalismo en entrevistas a académicos de medicina



En la definición de profesionalismo con sus habilidades, destrezas y valores, destaca la preponderancia que dan todos los entrevistados a conceptos como la empatía y la alta calidad de conocimiento. Luego, en un segundo lugar la ética en

su aplicación diaria en el ejercicio profesional, el respeto, tanto al paciente como al resto del equipo clínico y la calidad de las relaciones humanas. En un tercer escalón aparece la responsabilidad, la habilidad práctica en el ejercicio y la asertividad en él.

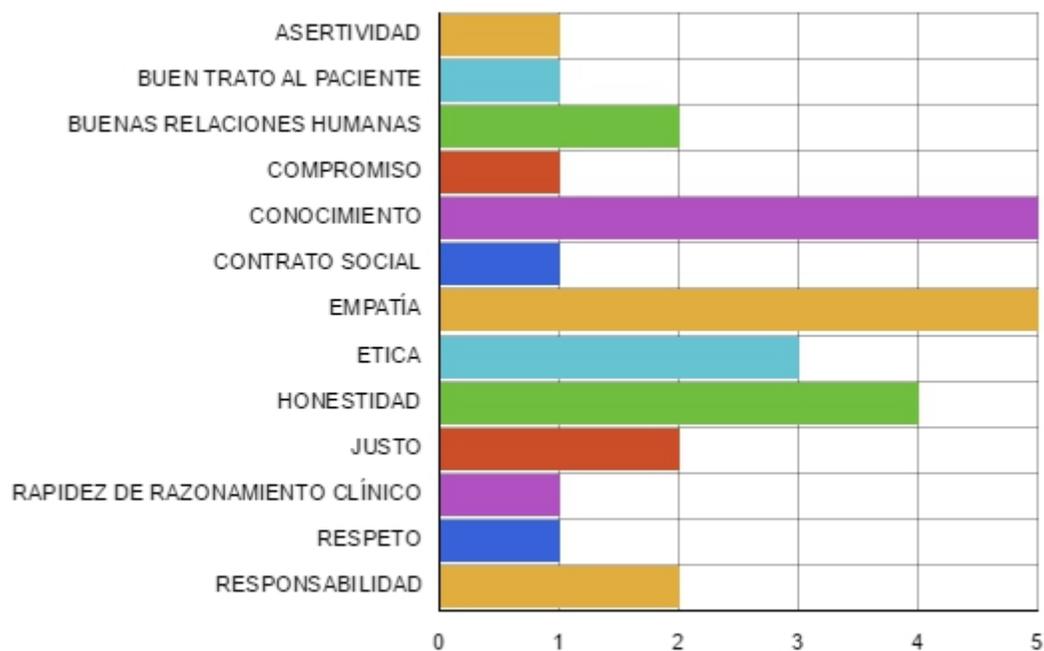
Figura 5: Frecuencia de conceptos usados al definir espontáneamente profesionalismo con sus características principales



En contraste a las frecuencias generales, la definición de profesionalismo, dada por los alumnos de tercer año, muestran mucha importancia al conocimiento,

la empatía y la honestidad. En un segundo lugar la ética diaria, la buena calidad de las relaciones humanas, el sentido de justicia y la responsabilidad.

Figura 6: Frecuencia de conceptos usados por alumnos de tercer año, al definir espontáneamente profesionalismo con sus características principales

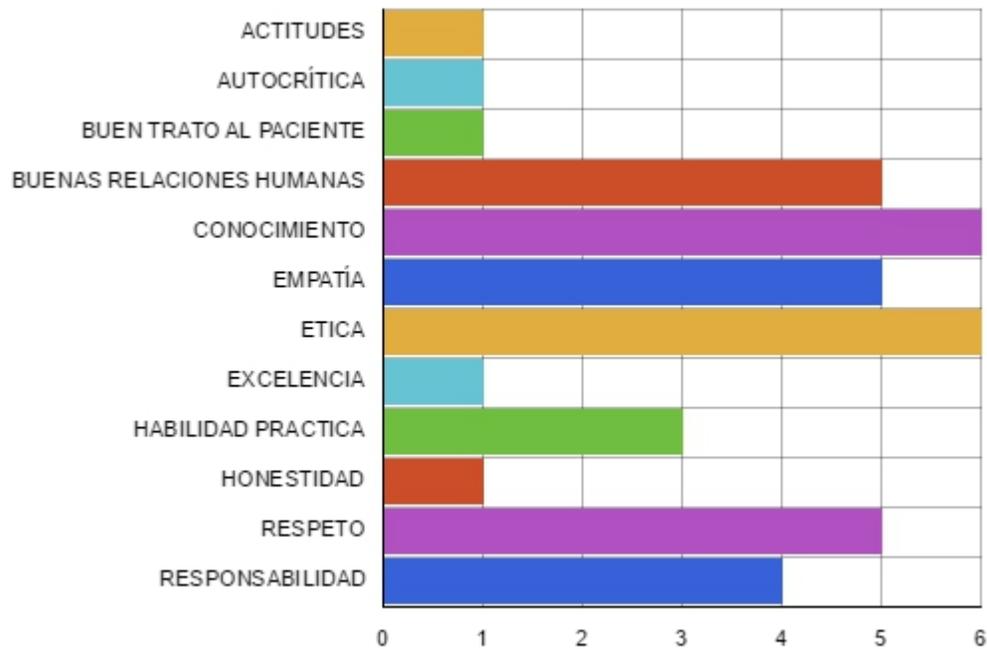


En séptimo año, los internos refieren por su parte considerar de mayor importancia, la calidad de los conocimientos junto a la ética en el día a día, como elementos esenciales del profesionalismo.

Solo un poco más atrás se encuentran a la par: la buena calidad de las relaciones humanas, la empatía, el respeto y la responsabilidad.

Con la mitad de las menciones está, a continuación, la habilidad práctica del ejercicio profesional.

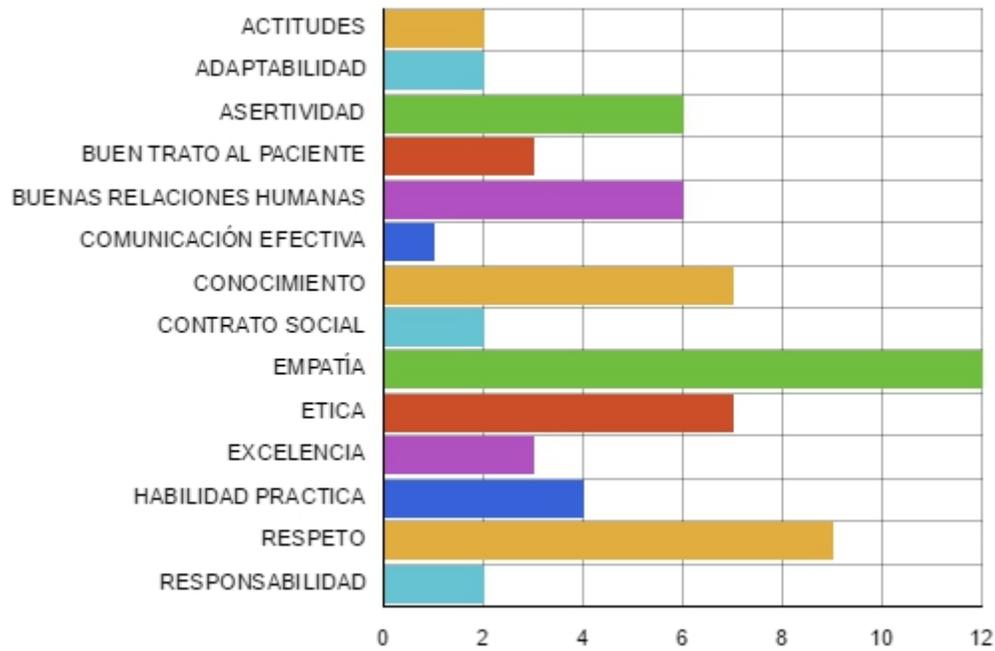
Figura 7: Frecuencia de conceptos usados por internos de medicina, al definir espontáneamente profesionalismo con sus características principales



Por otro lado la apreciación de los académicos de Medicina al momento de definir profesionalismo, enfatiza la importancia de valores como la empatía y el respeto, como esenciales en el ejercicio de la profesión. En un escalón más abajo y con la misma importancia se valoriza la ética y la cantidad y calidad del conocimiento en el ejercicio profesional médico.

Finalmente la asertividad y la buena calidad de las relaciones humanas también es un factor importante.

Figura 8: Frecuencia de conceptos usados por académicos de medicina, al definir espontáneamente profesionalismo con sus características principales



ANÁLISIS DE CATEGORÍAS

Definición y concepto de profesionalismo médico:

Se definió como categoría la definición espontánea de profesionalismo dada por los actores, frente a las dos primeras preguntas hechas.

Destaca la preponderancia en el grupo completo de los conceptos de ética y empatía y alto nivel de conocimiento.

Esto solo coincide parcialmente con la definición usada de profesionalismo médico, basada en tres principios principales con la sociedad y los diez compromisos prácticos derivados de ella, que contiene más valores y actitudes enunciadas.

La visión de estos valores esenciales es principalmente desde su punto de vista práctico, vale decir en su ejercicio diario dentro de la práctica médica, del hacer:

“..... principalmente de hacer lo correcto, ser responsable, Manejarse dentro de sus actividades y en lo éticamente correcto, no hacer daño a que estemos atendiendo, eso principalmente....(...)...la capacidad de empatizar con los pacientes ponerse un poco en el lugar de ellos, La capacidad de entender el contexto en el que ellos se desempeñan...” (entrevista N°1, académico)

“...Eh, hay mucho que tiene que ver con el profesionalismo que tiene que ver con la comunidad a la cual nosotros servimos (...) en ese sentido las habilidades que tiene que tener un médico bien profesional o con mucho profesionalismo son habilidades de comunicación (...) qué tiene que ver con la empatía que uno pueda tener con los pacientes, sinceridad, la cercanía,(...)...” (entrevista N°3, académico)

“....yo creo que como tener las capacidades y como conocimientos adecuados para poder atender a una persona de forma..... eh lo más ética y como correcta posible...” (entrevista N°6, interno)

Como se dijo, las opiniones de las personas entrevistadas se mueven precisamente entre los conceptos principalmente de ética y empatía al analizar el grupo en general. Es una temática transversal en todos los entrevistados, quienes

hacen alusión a esta idea desde las primeras preguntas como la definición de profesionalismo médico:

“En valores, encuentro que debe tener respeto por el paciente, tanto como al estar informado, al preocuparse de su perspectiva y todo eso, es parte del respeto al paciente, encuentro que tiene que ser cercano. Que debe ser empático y compasivo cuando sufra. ...” (entrevista N°8, alumno)

“...De esto último sería la ehmm.... por ejemplo, un trato digno, respetuoso, ser empático, comprensivo, bueno obviamente regirse por los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía con los pacientes...” (entrevista N°10, interno)

“...Con.... siempre, con elemento de ética en su actuar. Si eso es lo que yo consideraría como elemento profesional o actual profesional, o profesionalismo (...) Y en ese sentido tiene que considerarlo qué son los elementos de ética (...) al respetar al otro y al considerar su propia Individualidad.” (entrevista N°11, académico)

“ Lo primero, actuar correctamente, siempre como mínimo, la ética, nunca intentar cómo hacerle mal a alguien. Lo que había dicho de tener la autocrítica siempre y siempre con la base mínima del respeto hacia el otro.” (entrevista N°13, interno)

“...yo creo que un buen concepto para las tres es la empatía, creo que uno podría juntar las tres, las destrezas, actitudes y los valores.” (entrevista N°16, académico)

Otras veces se enlaza la empatía, con el entorno social de cada paciente, vale decir la capacidad de ponerse en el lugar de esa persona en su entorno socioeconómico:

“pero también para entender de qué porque vienen como vienen, que es como dice lo que dice, entonces también es como todo lo que tiene que ver con su alrededor desde el punto de vista social, (...) qué para saber yo en qué lenguaje le voy hablar. Con que palabras, llevarlo a la realidad del paciente y no que el paciente se adecue a mí...” (entrevista N° 17, académico)

Así también, se observa que este ejercicio ético y de empatía, se enlaza directamente con la alta calidad y cantidad de conocimiento biomédico y por ende, con la rectitud en la aplicación de este conocimiento:

“ yo pienso en dos pilares importantes, el primero es el manejo de las competencias técnicas que es lo que debería entregar la escuela de medicina que el médico sea capaz de solucionar lo que se espera de él, (...) y el segundo pilar sería más bien un contexto ehh... Ético por decirlo de alguna forma, porque no basta solamente con solucionar los problemas si no que hay que hacerlo en un contexto correcto” (entrevista N° 14, interno).

“ el profesionalismo médico sería desde mi punto de vista el ejercicio de la práctica médica basado en la mayor calidad y responsabilidad posible a partir de lo que se sabe y de lo que se ha enseñado.” (entrevista N°2, alumno)

En tercer año se resaltan valores como la responsabilidad y la honestidad en el eje central de su definición de profesionalismo: *“Y dicho eso, en relación al campo de la medicina, no creo que sea distinto que el resto de las profesiones, por tanto, el profesionalismo médico sería desde mi punto de vista el ejercicio de la práctica médica basado en la mayor calidad y responsabilidad posible a partir de lo que se sabe y de lo que se ha enseñado.”* (entrevista N°2, alumno).

“Lo primero que se viene a la mente es la honestidad. Porque a partir de esa podemos empezar a ramificarlas. Si el médico no tiene eso de base, entonces ya tenemos un problema grande, porque por ello podríamos empezar a hablar de confidencialidad, de responsabilidad.” (entrevista N°4, alumno)

Lo que sí coincide con compromisos adquiridos con la sociedad en la definición usada.

Como se vio en el análisis de frecuencia, en la mayoría de las personas entrevistadas aparece el antecedente mayor de que las ideas y competencias nombradas, se encuentran abordadas en el currículum formal (formación formal), pero requieren ser aplicadas para que puedan ser interiorizadas y adquiridas : *“ (...) como que siento que es una cosa que no aprendí a explicarla con todos los cursos de ética que hemos tenido, como que a uno le enseñan la beneficencia, pero uno no la aprende cuando uno está sentado en la situación de llevar a cabo un acto o no. (...) se expresa a nivel de múltiples actos concretos que uno ha llevado a cabo durante el internado (...)”* (entrevista N°5, interno).

Así, es importante la apreciación, de que los valores propios del profesionalismo, como la empatía se adquieren solamente en el ejercicio práctico, sin que se perciba una enseñanza de ella desde la formación académica formal: *“Respecto a lo de la empatía, personalmente no la he visto como que nos la han enseñado, pero uno la ha ido adquiriendo según la experiencia que hemos ido teniendo con los pacientes.”* (entrevista N° 7, alumno).

Esto contrasta con la apreciación desde alumnos de cursos menores, de que esta visión viene desde una definición más teórica, y protocolizada:

“ ... sería actuar de la forma, valga la redundancia, más profesional posible, es decir ateniéndose a los protocolos que haya disponibles y respetando las normas éticas vigentes del actuar de cada profesional, en el fondo es aplicar de la mejor manera y con la mayor responsabilidad, los contenidos que se enseñan respecto a una cierta profesión.” (entrevista N°2, alumno).

Es destacable que se menciona, aparte de la adquisición de estos valores durante la formación universitaria, la relevancia de ellos en la formación previa del estudiante.:

“ ... Como una habilidad blanda desde el punto de vista creo yo, más social, ser... tener cierta empatía. Es que yo creo que va más, de la de la formación en sí eso da más de la calidad de persona que se forma” (entrevista N°15, académico)

En el grupo de tercer año se observa la apreciación de qué la rapidez de asociación de conceptos al momento de ejercer, como una habilidad clínica, es muy relevante para conseguir un alto estándar técnico en la atención. Y esto a su vez constituye uno de los pilares del profesionalismo: *“Otra cosa que lo caracteriza es que sea, no como inteligente sino que tenga un rápido procesamiento los datos. Qué por ejemplo si yo le voy preguntando un paciente ciertos síntomas, al instante voy procesando las cosas para ver qué es lo que le tengo que preguntar después.”* (entrevista N°7, alumno). Esta idea redundante, precisamente en un alto nivel técnico biomédico del servicio que se está dando.

La visión de internos y académicos, por otro lado, es común al considerar que la empatía y la ética tienen más peso en la definición, tal como se mostró previamente el análisis de frecuencia (figuras N° 7 y 8).

En el caso de los internos tal como se había referido el peso del conocimiento está a la par en el tope de lo más importante junto a la empatía lo que se ve reflejado en varios testimonios: *“(...) destrezas que se esperan que uno desarrolla durante la carrera y conocimientos que uno debe adquirir en la carrera o especialidad después”* (entrevista N° 10, interno). *“(...) como un requisito mínimo encuentro, para cualquier persona que quiere ejercer la medicina en cualquier país, en cualquier lugar, ehh.... y qué como su característica principal es, serían como el tener conocimiento mínimo para hacer una buena atención”* (entrevista N° 13, interno)

En suma en todas las definiciones dadas, se observa un consenso amplio de valores que están dentro la definición de profesionalismo usada, pero no la abarcan completamente: esencialmente empatía y actuar ético.

Junto a esos dos valores también se observa, como un derivado natural de ellos, la adquisición de un alta calidad y cantidad de conocimientos biomédicos, que son aplicados con ellos dos para tener un significado real, por lo que la presencia de estos tres elementos es indisoluble y esencial.

La opinión de todos los entrevistados fundamenta coherentemente los conceptos enunciados en estas definiciones, y es notoria la influencia definitoria de los académicos en el pregrado de la carrera, tanto formal como informal, en el curriculum formal y el curriculum oculto. Esto en los ramos en que se tocan valores del profesionalismo formalmente, pero de manera más preponderante, en el actuar diario de los académicos clínicos, ocupando estos valores junto al conocimiento biomédico de cada parte del arte.

Adquisición de los compromisos principales del profesionalismo. Factores facilitadores y entorpecedores:

En esta categoría se analizará las respuestas en cada uno de los tres compromisos esenciales de la definición de profesionalismo usada, si los egresados los adquieren y los factores que lo facilitan o lo entorpecen

En cuanto a la adquisición de competencias en **preservar la beneficencia del paciente**, la totalidad de personas entrevistadas refirió que los alumnos de Medicina de la Universidad de Chile adquieren el compromiso con la beneficencia del paciente.

Los factores que permiten que esto ocurra son principalmente la facilitación directa por parte de los académicos y médicos asistenciales, hecho enmarcado en lo que se denominó previamente como “formación formal” y “formación práctica”: *“...de partida lo primero que les enseñan es ser respetuoso con los pacientes presentarse y dentro de lo que ellos tienen que hacer eso explicarle su participación dentro de la actividad que, están realizando”* (entrevista N°1, académico) ;

La explicitación de la existencia e importancia del curriculum oculto como factor definitorio en la adquisición de esta competencia es llamativa desde un comienzo: *“(...) yo creo que sí, de diversas maneras y podría decir que va por dos vías: la vía curricular y la vía extracurricular, el currículum oculto que podríamos llamar”* (...) *“En bioética en la Universidad de Chile tenemos bastantes cursos, cursos de bioética de este tenemos un dominio específico para todas las cosas que son de la ética y por supuesto tenemos los cuatro principios de la bioética. Uno de los cuales es la beneficencia y en ese sentido es enseñar curricularmente el hacer el bien. El gran componente en la Universidad de Chile, en medicina, se enseña por*

la vía del currículum oculto. Ellos (los alumnos) son como sus compañeros: ejercen la participación en eventos de manifestaciones y paros. Y están siempre al tanto de lo que está ocurriendo con la sociedad chilena” (entrevista N°3, académico). Vale decir, de los factores que influyen positivamente en la adquisición de las competencias de beneficencia son muy importante la formación formal, la formación práctica y elementos del ambiente estudiantil en ella.

Esta apreciación demuestra la conciencia de los integrantes de la comunidad, de lo determinante de dicho “currículum oculto” y de la importancia de una definición institucional, explícita en el desarrollo de esta competencia, junto a una intención institucional demostrada en las actividades cotidianas de enseñanza de la profesión: *“ (...) muchas veces las atenciones médicas van a ser dirigidas a las beneficencia al paciente, si fueran menos basadas en el diagnóstico y la medicina avanzada, en la ciencia. Y eso no se promueve tanto en la formación médica formal en cuanto a los factores que favorecen. Yo diría que está estacionado con el lugar donde uno se forma y de la comunidad el que uno se forma y en el currículum oculto que es bastante importante en estos factores”* (entrevista N°3, académico)

Se menciona con mucha relevancia, la importancia que tienen los conceptos y conocimientos entregados en la formación teórica, formal, previa a la aplicación práctica de ella.

“Y respecto a la enseñanza como de la U hacia nosotros respecto este principio, (...), nos dicen que hay que tratar de hacer lo mejor para el paciente” (entrevista N°7, alumno)

“(...) yo creo, hay ahí fuerza y es lo que entregamos conocimiento o tratamos de, de conducir a los alumnos hacer conocimiento basado en evidencia que permita a

las personas tomar decisiones o tengas las condiciones para que tengan mayor bienestar” (entrevista N° 16, académico)

En ese contexto, es relevante la mención de factores propios de los docentes que influyen en esta adquisición: *“...lo que yo percibo es que se asegura lo teórico, pero la práctica es súper difícil llevar a cabo los principios, porque en el fondo no es que a los profesores de Medicina interna les preocupe más eso. (...) Entonces a pesar de que existe un perfil del egresado de la Universidad de Chile, que se caracteriza por constante reflexión sobre todos estos procesos sociales de la medicina, igual me parece que contrasta un poco con lo que pasa en los hospitales” (entrevista N°4, alumno).*

La formación práctica en el quehacer clínico diario, es referida como un factor cardinal para que esta adquisición sea efectiva: *“...Adquieren competencias propias del profesionalismo, preservar la beneficencia del paciente eso es el bien mayor del paciente, yo creo que sí, no creo que en los primeros cinco años (...) Pero sí en el internado (...) En el acto del, de decidir si realizar una intervención a un paciente o un examen invasivo o iniciar un tratamiento específico considerar distintas variables de si va ser bien tolerado por el paciente, si el paciente va adherir a un tratamiento, (...) como que siento que es una cosa que no aprendí a explicarla con todos los cursos de ética que hemos tenido, como que a uno le enseñan la beneficencia, pero uno la aprende cuando uno está sentado en la situación de llevar a cabo un acto o no. “ (entrevista N°5, interno).*

“ Eh yo creo que en sí la beneficencia es como el principal... eh.... factor que se enseña por así decirlo, creo que en la carrera de Medicina. (...) y creo que eso se da tanto por medio de... cómo de condiciones académicas, por sobre todo y también

como por el desarrollo de otras habilidades más prácticas. Pero principalmente en ese sentido, como de conocimiento y desarrollar habilidades.” (entrevista N°5, interno)

“ Los (factores) que favorecen (la adquisición de la protección de la beneficencia) yo creo que podrían ser la, las interacciones que tienen los chiquillos desde pequeños con los pacientes yo creo, eso puede favorecer ya desde tercer año” (entrevista N°17, académico)

Es importante que dentro de la formación práctica, esta adquisición se ve influida en la apreciación de los entrevistados, de manera esencial por el actuar del tutor clínico o académico de cada ramo: *“ Creo que lo que más que (...) podría cambiar el cómo recibimos este conocimiento, es el que nuestros docentes de por sí, nos den como consejo, o nos den como guía al respecto.” (entrevista N°7, alumno).*

“Es que yo creo que es un poco transversal a las tres grandes áreas que estamos viendo, ehhh el tema de un buen docente. Un buen docente, es el que más te inculca estas prácticas. El ver a un buen docente, realizarlo, en la práctica te ayuda mucho a la imitación. Sobre todo en la beneficencia. Uno cuando se encuentra con docentes que hacen esto y uno los admira, uno queda impresionado. Y uno tiene esas ganas de seguir el ejemplo” (entrevista N°9, interno)

“ (...) ellos se dan cuenta cómo los médicos son con sus propios pacientes entonces a veces algunos quieren seguir la forma de cómo son esos médicos y como ellos quieren hacerlo igual o diferente creo yo ahí eso marca una forma de enfrentarse a ese paciente y, y beneficiarlo de alguna forma“ (entrevista N°15, académico)

Con esas consideraciones es muy relevante que la falta de coherencia entre la formación teórica (formal) y práctica (informal con todos los factores que le influyen), dificulta una correcta integración de estas competencias en los alumnos: *“Las que encuentro que favorecen el cuidado de la beneficencia, son la experiencia en campo clínico y el contacto directo con los pacientes (...)es como tener como algo que afiata demasiado el que queramos el ver a pacientes sufrir y conversar con ellos, y el hacerlo nos hace demasiado querer que estén bien y que tengan lo mejor posible. (...) Encuentro que los ramos clínicos que he tenidos y los ramos éticos que he tenido hasta ahora, han sido leer un texto teórico y después analizar un caso clínico hipotético, pero yo encuentro que como se nos quedaría mucho más si fuera llevarlo a la práctica y llevarnos a conocer a un paciente esté viviendo un caso así difícil”* (entrevista N° 8, alumno)

“(...) no sé si haya o una situación clara que promueva ese tipo de actuación, más allá de lo que el propio estudiante pueda ver reflejado en el actuar de sus referentes qué son sus profesores en el ámbito clínico o lo que se puede discutir en un curso de ética, pero formalmente creo que no hay ningún componente curricular que esté intencionado esa accionar. Creo que no.”(entrevista N°11, interno)

“Yo creo que las benefician como el tener instancias para debatir estos temas o de enseñarnos sobre temas, como los ramos que mencioné y lo dificultan la poca importancia que se le da esos ramos. Por la mucha importancia que se le da a los ramos más científicos.

- Ahora, esa importancia ¿Quién se las da? ¿ Los alumnos o la misma institución?

- *Eh... ambas partes, ya que si uno ve como los créditos, que son como el horario de los ramos, mucho menos que lo que tenemos de ramos como humanistas que los científicos, mucho, mucho menos.* “ (entrevista N°12, alumno).

Todos estos factores son propios del quehacer académico en la carrera, y se desprenden de la declaración institucional, *“Eh sí creo que como factor facilitador, siento que va como al menos lo que más me viene a la cabeza es desde el punto de vista académico. Como la enseñanza académica como el principal factor del desarrollo de la beneficencia”* (entrevista N°6, interno). *“Encuentro que sí porque ya de base se nos enseña como teóricamente este ámbito, como en bioética o ahora en ética clínica también lo estoy viviendo, y también porque después lo vivimos en la experiencia clínica, en los campos clínicos cuando estamos con los pacientes”* (entrevista N°8, alumno).

Es relevante aquí, la diferencia que se hace entre la experiencia formativa de cursos menores, versus la experiencia en el internado de la carrera: *“(...) cuando uno pasa de primero a quinto, uno siente que está super sumergido de primero a quinto, pero uno cuando entra al internado se da cuenta que es completamente diferente. Que hay muchas cosas que uno no ve, pero de primero a quinto sí te enseñan mucho el bienestar, en las clases, más menos cuando uno ve de fuera, como espectador, porque muchas veces el médico que te enseña a ti en docencia, no es el médico tratante. Pero ya cuando uno ya está inserto, sí uno ve que los docentes sobre todo, y yo creo que también el hecho de que uno esté como un observador, que puede ser crítico. Ellos como que te enseñan eso del bienestar”* (entrevista N°9, interno).

“(...) Yo creo que sí los adquirimos no sé si, quizás no mediante lo que está destinado formativamente, por ejemplo Yo bueno tuve solo un seminario de ética Sobre el profesionalismo (...) Sólo uno y obviamente todo lo que mencioné antes , que podría ser todo lo que incluye el profesionalismo no lo adquiriré en, en, esa ocasión. Yo creo que las tres cosas se van adquiriendo de la práctica tanto por ejemplos. (...) en el fondo con los ejemplos de los docentes, de los becados, yo creo que después en el internado se consolida” (entrevista N°10, interno)

Esto refuerza la importancia de la formación práctica y de los elementos no controlables, que forman, por ende parte del curriculum oculto de la carrera. Ahí es crucial la mención de factores que son propios de los sistemas de salud, como el *burn out* del personal sanitario. Esto repercute en elementos que atentan contra la beneficencia del paciente: *“ A veces los pacientes salen peor de lo que entran. Y a veces ¿con qué propósito? ...mm... no, yo no lo entiendo (..respecto a la causa..) Ehhh.. la indiferencia yo creo, la indiferencia del personal. Hasta la indiferencia que uno a veces..... como que, uno se vuelve como un fenómeno tan recurrente y tan común, que uno deja de sentirlo. Deja de sentir empatía, deja de sentir incomodidad y se, te hace como la realidad “ y aguántate”. Uno es indiferente. Es indiferente y es duro verlo al principio, pero uno después se adapta porque sino te adaptas, no sobrevives. No podrías estar ahí sino te adaptarás a eso. Entonces es la indiferencia, yo creo, del personal en general. “ (entrevista N°9, interno)*

Se menciona también, como elementos entorpecedores la heterogeneidad histórica de las sedes. Un elemento que forma parte de la cultura organizacional de la facultad de medicina: *“(...) que nos dificulta es básicamente en nuestra facultad, es que todavía no hay una homogenización en la educación. El estar dividido en*

cinco Campus por un lado es muy bueno porque en algunas áreas están muy desarrollados y en otros no. Por otro lado, no homogeniza la entrega de estos conocimientos y por consiguiente el desarrollo de las actividades y de las destrezas” (entrevista N°17, académico) o las movilizaciones estudiantiles: “Pero yo sí veo un riesgo lejos, que es que los alumnos, en esto de la participación están ganando demasiado protagonismo, que puede dificultarle a ellos mismos el aprendizaje de calidad y yo creo que es un riesgo que todos debemos asumir. (...). Y a qué me refiero, a qué yo creo que una carrera de medicina en siete años es razonable en cuanto tiempo y no se puede perder tiempo en paros de la universidad” (entrevista N°16, académico)

Existen también mencionados, factores personales como la formación previa y el interés personal del estudiante: *“ O sea creo que se orienta hacia eso. No sé si se logra, porque quizás todos tienen algún grado de distinto compromiso con los ramos enfocados a eso, pero idealmente si todos hicieran los ramos y todo con el mayor compromiso, sí se lograría”.*(entrevista N°2, alumno).

“(...)Y como algún factor que juegue en contra.... yo creo que ya algo más como personal quizá, como de lo que hablaba antes, de que las personas que son más intrépidas, que actúan por sí mismo, como que pueden tener el riesgo de repente, de pasar a llevar este factor de beneficencia, el principio de beneficencia “ (entrevista N°6, interno)

“Según yo sí, pero por principios propios que vamos adquiriendo como personas durante el desarrollo de la carrera y que también, eh inclinaciones personales que creo que a muchos nos motivaron entrar a la carrera o espero” (entrevista N°7, alumno)

“También como que nos nace a nosotros mismos, solos por verlos, el querer ayudarlos. Y querer como hacer algo” (entrevista N°8, alumno)

“ depende como el marco de referencia de cada alumno, como de incluso de los gustos. Por ejemplo, tengo compañeros que odian los Ramos como “humanistas” y que los papás les hacían como los informes de ética, entonces como que dicen que “ese ramo no existió para mí”. Entonces cómo que depende mucho de cómo la visión sobre los ramos y de la sensibilidad personal al adquirir cierta información.” (entrevista N°12, alumno)

En resumen, un eje central de la adquisición de esta competencia es la entrega de conocimientos de alta calidad. Lo que ocurre durante toda la carrera, en todas las instancias, declaradas y no declaradas, hecho que corrobora lo observado en el análisis de frecuencias de mención.

Por otro lado, hay elementos no mensurados ni controlados de los ambientes formativos (currículum oculto actual de la carrera), en los que es muy relevante la acción de los académicos en la adquisición de estas competencias, tanto en su actuar como tutores, como desde la educación teórica. Estos elementos son facilitadores y otras veces dificultan la adquisición de esta competencia.

Este rol de los académicos es una manifestación de la declaración de objetivos de la Universidad al formar (currículum declarado), pero no está tan claro que sea una intención institucional como herramienta formativa, ya que se entrelaza con elementos del currículum oculto que no necesariamente dependen de la institución y sí afectan el actuar de los académicos, como elementos propios de los sistemas de salud (falentes o fortalecedores), que a su vez provienen de su historia, falta de recursos y por ende, de su cultura organizacional

Existe además, elementos propios de la cultura organizacional de la universidad que también están en el curriculum oculto y que actúan entorpeciendo la adquisición al generar heterogeneidad innecesaria o enlenteciendo el tránsito desde la formación teórica a la aplicación práctica.

Es muy importante aquí que la mayoría de los elementos del curriculum oculto, universitario y del sistema sanitario, no han sido explicitados, ni medidos en su totalidad.

Respecto de los factores propios del ambiente estudiantil o sus formación previa, si bien no fueron referidos con tanta frecuencia (Figura 1), su presencia se concentra entre los entrevistados de tercer año y deben ser tomados en consideración, dado su relevancia y falta actual de análisis, ya que influye como favorecedor o a veces como entorpecedor en la adquisición de estas competencias.

En cuanto a adquirir la competencia de la **protección de la autonomía del paciente**, la gran cantidad de entrevistados, refieren que no hay una adquisición clara de esa competencia entre los egresados de medicina, precisamente por diversos factores incluidos en esta formación práctica.

Por un lado se hace mención a la formación formal, como un elemento entorpecedor, dada la ausencia de mención del tema en el currículum oficial: “ Yo creo que no es algo que se aborde directamente, tanto como la beneficencia del paciente, pero sí es como una especie de comentario que está sobre, como en cada clase y en cada lección está a la base de que se tiene que respetar a la autonomía del paciente. Se aborda un poco más en los ramos como ética clínica donde se habla bastante acerca de esto, pero siento que es algo que no se aborda derechamente” (entrevista N°2, alumno), pero otros entrevistados también hacen

mención a que el tema sí se explicita en lo teórico (formal), pero no se plasma en la parte práctica: *“Ya... eh... bueno una de las cosas que más me llamó la atención en el curso de ética clínica uno, fue precisamente la importancia que le otorgaron a la ley 20584, que de hecho la tengo... ese número grabado en mi cabeza. Y eso precisamente refuerza harto digamos, al estudiante de medicina en pregrado, la importancia de la autonomía, porque ahí precisamente se especifica, se está bastante específico que el paciente tiene todo el derecho a negar tratamientos siempre y cuando no sean con potencial daño a otra persona. (...) Pero a la vez pienso que ahí depende mucho de cada persona como aplica ese principio, (...) yo creo que se asegura más lo teórico y no lo práctico.”* (entrevista N°4, alumno).

También se mencionó que el respeto a la autonomía del paciente no se enseña como tal, sino que como un aspecto utilitario finalmente al interés del médico: *“ Y se me vino al tiro a la mente, el tema del consentimiento informado y qué cuando nos hablaron del tema, los profes más que decirnos cómo que no debemos pasar a llevar al paciente, que siempre debemos tener su permiso. Fue para decirnos que esa era como una defensa legal, frente a todos procedimientos que íbamos a hacer.”* (entrevista N°7, alumno). O se menciona de directamente que no existe como intención en la malla curricular de la carrera *“(...) sin importar lo que quiera el paciente de que si quiere o no quiere aceptar lo que se le ofrece y no hay una especie de acuerdo entre médico y paciente, para llevar a cabo la terapéutica más óptima para ellos, no hay educación. Aún falta mucho en ese aspecto por lo tanto yo, yo creo que todavía no, no hemos llegado, (...) no lo veo tampoco intencional a la malla”* (entrevista N° 11, académico)

Si bien las bases teóricas son importantes, su presencia o ausencia, en la experiencia clínica la que termina marcando más la adquisición o no de esta competencia: *“Algo que se nos enseña, es siempre, como por ejemplo, en medicina interna, los tratamientos como más beneficiosos para la comodidad del paciente. Por ejemplo, se nos enseña cuáles son los remedios más baratos, se nos enseña como a informarlos de cuales serían como los mejores momentos para ponerse una dosis y algo así.”* (entrevista N°8, alumno), *“(...) Yo creo que sí, pero no tan potente como el principio de beneficencia, porque igual un gran parte del internado se realiza en medio hospitalario y siento que igual el medio hospitalario como que persiste esa lógica como paternalista de que esto es lo mejor para ti y por ello deberías... no sé, ‘en mi opinión de médico, es lo mejor para ti y esto es lo que tu deberías tomar’, siento que eso aun persiste,(...)”* (entrevista N°5, interno)

“Uno entiende el concepto, te lo enseñan, cuando te enseñan una patología: has más menos esto, pero siempre definiéndolo con el paciente y... sí, siento que igual se da harto. Que uno le expone las alternativas a los pacientes y muchas veces lo veía como más en el poli que en hospitalizados y se tomó la decisión en conjunto, pero muchas veces la decisión por el médico ya está tomada y la guía a cierta decisión.” (entrevista N°9, interno)

Es relevante analizar esta idea ya que dentro de esos factores prácticos se pueden reconocer aquellos inherentes al sistema de salud en el que se desarrolla la práctica clínica, en los que a su vez influyen definiciones institucionales de gestión, falta de recursos y prácticas más antiguas en el trato al paciente: *“Igual que pasa con la beneficencia, yo creo que la autonomía. Muchas veces es visto como algo que ojalá se pueda lograr pero no es como necesario, no es como una ecuación*

sine qua non. (...) por ejemplo (...) para que uno realmente pueda sacar un buen consentimiento informado desde la cirugía uno debería tomar más que los 15 minutos que dura la consulta, porque en el fondo para que realmente se respete el principio de autonomía tiene que haber una conversación más larga que la que uno puede realizar en 15 minutos. Entonces desde ese punto de vista en la sobrecarga asistencial o la dificultad de, o como está hecho el modelo de atención de salud en la salud pública en Chile (...) muchas veces la autonomía queda relegada porque hay otras cosas más importantes de que preocuparse” (entrevista N°3, académico)

Aquí también es notorio el rol facilitador o entorpecedor en esta área del tutor clínico, sobre todo en cursos menores (tercer año) :

“¿cómo influiría el ejercicio práctico en adquirir las competencias de preservar la autonomía del paciente, a su juicio?

- Es una pregunta difícil, pero eh... yo creo que igual falta... (...) creo que... eh de repente nosotros vamos al hospital y vamos solos. (...). Pero no se veía mucho el proceso, pero ¿cómo se podría proteger esa autonomía desde el punto de vista docente?... bueno yo creo que yo lo que más aprendí fue lo teórico en ética clínica y pude conocer bien la ley y todo. Como decía lo de que cada paciente puede decidir que tratamiento someterse, decir que no, pero yo creo que falta un poquito más de... de que el docente este ahí presente (...).” (entrevista N°4, alumno)

“ Yo creo que aquí juega más un rol la persona como el educador, por así decirlo. Creo que su modo de ver la atención médica juega como el principal rol al momento de cómo enseñarlo. Siento que si tiene una visión más paternalista, va terminar también enseñándolo” (entrevista N°6, interno)

Es relevante que en este punto se considere los determinantes del sistema de salud en el actuar del tutor clínico, elementos que incluso forman parte de la cultura organizacional de dicho sistema: *“Es más difícil de enseñar porque podemos enseñar y no la autonomía en cuanto a la toma de decisiones del paciente que tomamos siempre, especialmente en el hospital que a mi toca trabajar yo creo que todavía está relación más vertical entre el doctor y todavía somos más bien tomadores de decisiones, más que consejeros, yo creo que estamos migrando más al consejo que el rol que se debe tomar, esto, esto de la verticalidad y el alumno se termina transmitiendo también”* (entrevista N°16, académico)

“(…) o diría que ehmmm a nosotros en particular no sé si como la universidad de Chile es más ampliamente país, nos cuesta y nos ha costado mucho la protección de la autonomía del paciente. Creo que en general es algo que sobre todo, médicos probablemente mayores y por lo tanto los que son modelos de los estudiantes, todavía son modelos. (...), pero si todavía un gran porcentaje el modelo es, que ‘yo soy el que sé y por lo tanto yo tengo la razón’” (entrevista N°17, académico).

“(…) yo lo veo como parte principalmente como de los médicos, más que de todo el personal. Y lo veo como una actitud más paternalista de los médicos. Y como en el sistema público, que es donde nosotros estamos inmersos, uno tiende a pensar de que la gente no entiende, es más ignorante y muchas veces pasa, que los pacientes realmente, tampoco quieren decidir. O sea, prefieren que el médico decida todo. Entonces uno, esa igual es la posición más cómoda, como tomar la decisión uno y no discutirlo tanto. Y a veces, cuando llega un paciente que es más preguntón, (...) y a los médicos le carga, se enojan. O cuando llega una familia que igual es preguntona, es lo peor que les puede pasar.” (entrevista N°9, interno)

“Autonomía, yo creo que no, yo creo que no el sistema es totalmente paternalista todavía en Chile, paternalista en la atención médica donde el médico es la autoridad y en esta última se hace lo que dice el médico y nada más” (entrevista N° 11, académico)

Existen matices en este efecto dependiendo del ambiente formativo, el que se deriva del servicio clínico local donde se realice la formación práctica : *“ (...) estos ramos como geriatría, o medicina familiar en que (...) primero tenemos un equipo multidisciplinario y que su enfoque ya en sí es como que el paciente es lo primero y su opinión importa mucho. A mí me tocó estar en la UGA del San Juan y como que eso era de las cosas más importantes, tanto la familia como el paciente tenía un rol activo en cuanto a la toma de decisiones. Entonces yo creo que ese tipo de ramos son esenciales para poder llevar a cabo lo de la autonomía. (...). Y en cuanto a cómo lo que dificultan, la todavía existencia de estos, como no sé, médicos que ya llevan una larga trayectoria. En qué con suerte se saben, le preguntan el nombre del paciente” (entrevista N°13, interno)*

Por ende, si bien esos elementos facilitadores o entorpecedores, son propios del tutor, no son siempre de responsabilidad completa de dicho actor, ya que se enmarcan en condiciones estructurales del sistema de salud e incluso culturas organizacionales de él. Factores que van más allá del dominio del tutor o de la declaración o intención institucional.

Así se puede observar que en la adquisición de esta competencia tiene un fuerte rol el curriculum oculto, que se desprende de los factores ya nombrados en el análisis de contenido y en el de frecuencia de menciones.

También es notoria la influencia del ambiente práctico, distinto entre la atención hospitalaria y la atención ambulatoria: “ (...) uno tiene que asumir una postura más paternalista en un contexto hospitalario, un paciente que puede morir o quedar con grandes morbilidades si es que uno realiza un acto o no, a diferencia de un medio ambulatorio donde uno se permite más, donde un paciente no está con algo que pueda acabar con su vida al menos en los próximos días, semanas, donde uno se puede más dar el tiempo de conversar, deliberar con el paciente de tomar ciertas decisiones y si no funciona cambiamos a otra cosa” (entrevista N°5, interno), “Yo igual creo que sí. Me parece que principalmente el tema de la autonomía yo creo que uno lo ve más en la atención primaria o si los pacientes son ambulatorios, porque uno ve los pacientes hospitalario más pasivos” (entrevista N°10, interno).

Existe también, la influencia del ambiente social actual, en la adquisición de esta competencia : “ A mí en relación de la autonomía, puede ser un poco menos de modelamiento y más como... en general, a todo como el contexto sobre los derechos de las personas. Que todo ahora gira entorno a los derechos. Y el que la autonomía esté para uno latente en el ambiente, genera que uno la tenga como un poco más visible, entonces siempre esté cuestionándosela, preguntándose “ (entrevista N°9, interno)

Es interesante que se menciona además, como un factor modelador relevante de esta competencia el ambiente estudiantil: “ (...), siento que hay una tendencia muy grande como dentro de la U, a como la autonomía en general, como, de hecho yo siento que vivimos como en una burbuja de tolerancia, porque como que siempre, como la visión de los estudiantes en general, es como respetar mucho lo que piensa el otro Incluso si no veníamos con eso como de antes, como marco

de referencia, lo vamos adquiriendo aquí en la U (...) Sí cómo por osmosis, pero no sé. También depende mucho del individuo, pero yo creo que es alto, mucho lo que se adquiere, de hecho, a lo largo de la carrera.” (entrevista N°12, alumno). Como se ve, también es importante la formación previa del estudiante, incluso a opinión de algunos entrevistados, al mismo nivel que los factores formativos anteriormente nombrados: *“ Yo creo que lo que más favorece es que tenemos unos estudiantes que tienen una capacidad de apertura mucho mayor de la que nosotros tenemos, los que tenemos como más edad. En el prejuicio de creerse esto, de creerse superiores, yo creo que estos chiquillos nos han enseñado como un sentido de más horizontalidad en esta relación (...) Así que yo creo que el principal factor para que mí son los mismos estudiantes”* (entrevista N°17, académico)

En cuanto a la visión de la adquisición de las competencias para **preservar la justicia social** la opinión mayoritaria es que esta competencia se adquiere. Por un lado, existe la opinión de una fuerte declaración e intención institucional de la universidad en este sentido: *“Yo creo que lo favorece y a eso me refería antes. No sé si está muy sobrevalorado, hipertrofiado el rol social, perdón, público que tiene la universidad, Yo creo que está marcado a fuego para todos sus profesores,”* (entrevista N° 16, académico). Esto se manifiesta en la diversidad de estudiantes en la carrera: *“Que una de las cosas que favorecen es la diversidad, la libertad de pensamiento y la capacidad de tolerancia desde que uno entra a medicina, o sea uno se puede encontrar con todo el espectro de opiniones distintas y yo creo que eso es súper importante”* (entrevista N°17, académico)

Hay quienes consideran que en esta adquisición son muy importantes los aspectos curriculares formales *“ a ver yo creo que como te había dicho hay muchos*

muchas instancias curriculares que promueven esto y quiero recalcar acá que no solamente la asignatura de salud principal o salud atención primaria sino que también están los cursos de formación general que ofrecen en tanto la universidad como en la facultad que pueden facilitar fuertemente la este tipo de incorporación de competencias hacia (...) la justicia social. Sí, no, yo creo que no. Eso es parte de el sello de la facultad el sello de salud pública de la Universidad de Chile. Lo que es este cuidar ese valor y no dejarlo perecer en función de elementos que son más tendientes, digamos a una fuerte especialización con un componente privado importante, con el ánimo mercantilista que a veces se ve. (...) Yo creo que sí yo creo que en este punto sí hay fortalezas. En el cambio curricular se tuvo una mirada un poquito más crítica de atención hacia dónde quería llegar el egresado y por lo tanto fortaleció elementos de atención primaria, que desde el punto de vista social es por dónde se tiene que comenzar a trabajar (...) por esa razón yo creo que sí, hay intencionalidad, hay estructura curricular para poder garantizar ese aspecto, otra cosa es que ya después puedan cambiar el sistema ahí eso es distinto pero ahí si hay trabajo hecho ” (entrevista N°11, académico).

“ Yo creo que hay dos o tres factores que la favorecen: primero que tenemos una formación social fuerte desde mi punto de vista. No extremadamente fuerte, pero en comparación con la malla de la Universidad Católica, tenemos muchos más ramos de tipos sociológico, antropológico, ético.” (entrevista N°2, alumno). “(...)Pero yo siempre decía en los seminarios, que lo más importante ahí es al menos participar en el debate público y visibilizar este problema. Entonces de esa forma, sí al discutir esto en los seminarios, estamos precisamente discutiendo cómo podemos aplicar el principio de Justicia social” (entrevista N° 4, alumno)

En otros casos la apreciación es diametralmente opuesta: *“(...) en el sentido de que directamente de la U como en clases y cosas así, nunca verdad, casi nunca hemos hablado de eso o ha sido como algo muy por encima. En los únicos ramos en que en verdad hemos analizado un poco, (...) es en un ramo que estamos pasando ahora, que es epidemiología descriptiva. Pero era más que nada en el sentido de que, hay que analizar los datos de cómo se distribuyen cómo los ingresos... (...)... y cómo afecta eso después la salud de la población. Entonces en ese sentido lo hemos visto en ese ramo y en otro ramo que era medicina persona sociedad. Ahí sí que hablamos respecto a la justicia social en la atención de salud. (...), pero siento que por lo menos ahora de parte de la U, aún no hemos aprendido más respecto a ese principio en sí.”* (entrevista N°7, alumno)

Lo que se mantiene es la visión de la fuerte influencia de la formación práctica y por ende de elementos del curriculum declarado y otros del curriculum oculto de la carrera: *“yo estoy absolutamente de acuerdo (...) no sé si será una cuestión sola de la Universidad de Chile por su gran rol social, pero sí, siempre y es una cuestión que me ha llamado la atención. Siempre le meten el tema de la justicia social, la distribución adecuada de los medicamentos, el uso responsable... de no se poh.. respetar la parte económica siempre, siempre. Me llama la atención porque uno no piensa en esas cosas, pero ahora que uno llega al internado y están los pacientes para recetarle cuestiones te dicen ‘chuta ¿cuánto cuesta este medicamento? (...) y donde más igual lo he visto es en APS.”* (entrevista N°14, interno). *“(...) Segundo, creo que tenemos como gran ventaja todo lo que tenga que ver con la justicia social en cuanto a modelos de salud, la forma qué te entrega salud todo esto. Que te*

entrega el tema salud (como estudiante), el como estos determinantes sociales en salud son tremendamente importantes” (entrevista N° 17, académico).

En ese marco, el ejercicio diario se convierte es una herramienta poderosa de este currículum oculto: *“Yo creo que, hay casos donde existe mucha justicia social, que los hace criticar, ver las falencias del sistema eh, ver las distintas situaciones, pero claro tener un control o que no puedan asistir a una cirugía porque no tienen con quién dejar a la persona que cuidan (los pacientes). (...) Y también por los profesionales de la salud también ellos notan y saben que hay un contexto social”.* (entrevista N°1, académico)

“(...) es la práctica clínica por supuesto, mientras más casos donde uno vea inequidades sociales, a uno como que... no sé, como que se queda más grabado en uno, el hecho de considerar esos factores de la justicia social sobre todo en el medio extra hospitalario, ósea en el medio ambulatorio” (entrevista N°5, interno)

“(...)yo creo que como este principio de la justicia social, siento que es un poco... se diluye más en la enseñanza, pero siento que igual se aprende (...), se termina aprendiendo. Ehhh.... pero creo que sí está más predispuesto en toda la formación, como a lo largo de la carrera..(...) hay como ramos específicos enfocados como esto del desarrollo de la justicia social. Que igual no necesariamente se toman mucho en cuenta en otros ámbitos. (...) sí siento de que al menos en algunos lugares, después igual como que uno se ve más enfrentado a situaciones que requieren de eso y en esos lugares donde uno más aprende, por así decirlo. (...) ...yo diría que se ejecuta más que más que ser como tan declarativo” (entrevista N°6, interno)

Es relevante que esta fuerte influencia de la formación práctica clínica en esta competencia, es producto del curriculum declarado en la formación práctica y también del curriculum oculto de ella: *“(...) Y en la que dificultan está que a veces se normaliza el que los pacientes no tengan como los recursos, que no van a tener los recursos.*

- De acuerdo. Hay como una suerte de resignación de funcionar con lo que hay

- Eso, ahí. Y sé que hay.... Y me han tocado con profesores que lo han hecho como que se nota que están sufriendo con que, onda de verdad no va a haber, de verdad le van a tener que dar esto, no hay otra opción hasta ahora e igual hay otros pacientes, como ya, esto es lo mejor pero no va haber así que le dan esto.”

(entrevista N°8, alumno).

“(...) yo creo que sí. Porque uno ve como uno, o sea cuando uno pide un examen, pide algún medicamento, alguna cosa. De primero a quinto uno generalmente tiene recursos infinitos y tampoco nunca se pone en el caso de que no tuviese (...) Ya cuando uno ingresa al internado se vuelve más práctico, entonces uno y junto con el médico, tu docente, se preguntan cinco veces “oye, este examen ¿es necesario?” o “¿este paciente realmente lo necesita? (...) Entonces esto para mí, sobre todo en el internado se aprende mucho, que es el tema de ser proporcionado: quién realmente requiere algo, y quién no.” (entrevista N°9, interno)

Por otro lado, vuelve a aparecer la importancia del ambiente estudiantil (que se deriva también de la diversidad de estudiantes, producto de políticas institucionales) en la adquisición de esta competencia. Algunas veces mencionado en medio de la contingencia actual social y de pandemia *“(...) lo podría dividir como lo que nos ha enseñado la U y lo que hemos aprendido estando en la U. (...) en lo*

que hemos aprendido estando en la U, que es como el ambiente que se genera en la facultad, uno si ha ido aprendiendo más cosas respecto a este tema. Pero no solo de la justicia social en atención de salud, sino que es como la justicia social en sí (...) Y ahí por ejemplo, está el tema de que tuvimos un paro para la salud mental y en ese sentido siento que, ahí por ejemplo vino totalmente desde los alumnos, el ver ese tema de la justicia social o que nos estaba afectando directamente a nosotros, como estudiantes. (...)

- *Ahora, ¿qué le resulta usted o que le ha resultado a usted, más relevante en este aprendizaje la justicia social? ¿aquellos tópicos que fueron tomados desde la “academia”, llamémoslo así, o desde el ambiente diario de la facultad, que implica la relación entre los otros compañeros de curso? (...)*

- *Yo creo que lo que he aprendido junto a mis compañeros, porque ahí se ponen en análisis situaciones que estamos viviendo ahora y como eso nos afecta. En cambio, de parte de la U nos lo pasaban como como una materia que teníamos que memorizar para la prueba o como datos. Lo mismo pasa con el ramo de epidemiología, que es como datos que hay que analizar” (entrevista N°7, alumno).*

“ Otro factor que lo favorece yo creo, es que el ambiente de estudiantes de la universidad de Chile en sí es muy izquierdista, y por tanto muy centrado en el bienestar de la justicia social, ese tipo de cosas. Aunque la universidad no tuviera esos ramos, uno inevitablemente se ve permeado por la influencia grupal que ejerce el estudiante prototipo de la Universidad de Chile.” (entrevista N°2, alumno)

Otras veces es nombrado de manera más global, como parte de una reflexión más acabada: *“(…) si bien es cierto que nuestros estudiantes provienen de un nivel socio de un buen nivel socioeconómico de un colegio particular, uno podría decir*

ABC1, también está este concepto de que se rige la Universidad de Chile, por esta capacidad de tener esta diversidad de pensamiento de libertad como religiosa y ningún prejuicio respecto a ello y de la tolerancia. Entonces uno aprende a convivir desde muy temprano y eso ha sido siempre, ósea si uno recuerda grandes movimientos sociales de este país han partido por los estudiantes desde las primeras décadas del siglo 20 hasta ahora” (entrevista N°17, académico).

“Completamente es una de las carreras que está más al servicio de la comunidad y persiguiendo la justicia social en todos sus aspectos (...) por ejemplo existen varias agrupaciones conformadas por los estudiantes y dirigidas por ellos y fundados por ellos que persiguen hacer más justa la sociedad. Por ejemplo, las brigadas que se armaron en el estallido social, brigadas (...) que buscaban (...) dar la atención de salud a las personas que lo necesitaban y que el sistema marginó, (...) en ese sentido, existe mucha agrupación y existe una identidad propia del médico de la universidad de Chile que tiene mucha participación en todos los esfuerzos para mejorar y hacer más justa la sociedad “ (entrevista N°3, académico)

Es importante este hecho, ya que si bien, este elemento tiene baja frecuencia de mención en todos los grupos (Figuras 1,2 y 3), por su relevancia no debería ser minimizado, ya que los tres factores nombrados se encuentran a la par en importancia.

Adquisición de compromisos con la sociedad por los egresados:

En cuanto a la apreciación de los compromisos con la sociedad adquiridos con más fuerza por los egresados de medicina de la universidad de Chile, destaca

la unanimidad en mencionar la calidad de los conocimientos de los egresados. A estos se agregan indistintamente otras menciones de corte valórico:

“(...) El conocimiento científico, de la responsabilidad profesional. Eso no, no tiene que ver con el sistema de salud en que te mueves o el modelo de salud que tenemos, porque eso es transversal a cualquier modelo (...) la responsabilidad, confidencialidad, la honestidad con los pacientes (...)” (entrevista N°17, académico),

“ Ya, yo siento que el primero de la competencia si está, porque en verdad sí se centran mucho en que tengamos todas las capacidades para tratar un paciente, enfrentarnos a cada caso. En eso no hay ninguna duda y de ahí viene como todo el prestigio que tiene la Universidad.

“ (...) por el hecho que se nos cría mucho, se nos cría mucho con la idea de, de mejorar no sé de irse a trabajar a lugares donde haya pocos profesionales no haya médicos básicamente y no solo poder favorecer la accesibilidad de la población a la atención médica (...)

- Ya, existe algún otro que usted cree que también sea fuerte, en las características de los egresados

- Quizás la competencia profesional” (entrevista N°5, interno)

“ Ya, si tuviera que elegir uno a pesar de que puedo elegir más, el primero que se me viene más a la mente, es la capacidad de manejar conflictos de intereses. (...) Bueno por ahí está mencionada la honestidad. Pero, yo la verdad como le decía, me falta un.. me he movido poco los hospitales.” (entrevista N°4, alumno)

“Yo creo que la escuela de medicina o carrera medicina fomenta con mayor hincapié casi todo currículum esta competencia profesional, este conocimiento científico y es menos de las otras “ (entrevista N°3, académico)

“(…) como compromiso con la honestidad, de confidencialidad y de relaciones adecuadas. Siento que sí están, porque en verdad nos han repetido bastante el tema de las relaciones adecuadas y las otras dos, son como en parte por lo que nos han dicho y por el ambiente y todas esas cosas.(…) Otro era el compromiso con el conocimiento científico, (….) Y el último que diría es el compromiso con las responsabilidades” (entrevista N°7, alumno)

“A ver, yo creo que todo esto de la competencia, qué es el primero que mencionaste, el del compromiso con el conocimiento científico (….) y yo creo que también el compromiso con la confidencialidad. Yo creo que esos están, esos salen bastante bien y probablemente con el compromiso con la distribución de los recursos. No sé si el acceso, yo creo que no, pero sí con la distribución de los recursos”. (entrevista N°11, académico)

“Para mí una de las cosas importantes que se inculca en los egresados, es el compromiso con el conocimiento científico, (….) También el compromiso con la mejora de la calidad de la atención y también del acceso. O sea, siento que somos médicos formados para ser médicos generales, generalmente médicos generales que vayan a alguna región, de difícil acceso. “ (entrevista N° 9, interno)

“ Yo creo que el compromiso con la mejora de la calidad de la atención es uno (….) El compromiso con la mejora del acceso, a parte de la calidad. Como el entender que todos deberíamos tener el poder acceder a cualquier tipo de profesional y de calidad, no cualquiera. El compromiso con la competencia profesional también. (….)Y de las responsabilidades profesionales yo creo, también compromiso con la responsabilidad.(…) Ah! y el compromiso con el conocimiento científico siempre.” (entrevista N°13, interno)

“Sí, honestidad, Yo creo que se transmite y eso a través de eso, eso lo tratamos de transmitir los profes y yo creo que harto. Yo creo que hay una transmisión sólida de ese valor, de la honestidad,” (entrevista N°16, académico)

“Con la honestidad de los pacientes. (...) Yo creo que los ellos lo profesionales médico actúan con este criterio de confidencialidad de los pacientes, por lo tanto también considero que se adoptan en la universidad.

También tener relaciones adecuadas con los pacientes. Ehm... yo creo que se les enseña la calidad de atención sin embargo (...).

Y compromiso de distribución justa de los recursos finitos. Yo creo que esto lo deben de hacer (...)” (entrevista N°15, académico).

Como se observa, en esas otras menciones de corte valórico, la dispersión es absoluta, no existiendo un compromiso más frecuentemente nombrado.

Tampoco se observa alguna diferencia relevante basada en el rol social de la Universidad de Chile, su historia e identidad, en comparación a otras casas de estudio

Aparecen eso sí, valores importantes como la honestidad, y el compromiso con la calidad de la atención.

DISCUSIÓN

DEFINICIÓN DEL PROFESIONALISMO

Recordando las distintas definiciones de profesionalismo médico, si bien pueden diferir en la sistematización de los valores y competencias enunciadas en la definición hecha por el American Board of medicine, que se ha usado en este estudio, mantienen el hincapié por la relación de la profesión con la sociedad, en este “contrato social” que permite que la medicina mantenga el control de sus profesionales y la definición de su arte (Anthony-Pillai, 2016) (DeAngelis, 2015).

Esta relación basada en la confianza y sus cambios son la motivación de este estudio, más aun si en otras sociedades ha sido materia de definición por parte del estado, a diferencia del nuestro (Anthony-Pillai, 2016).

Por esto es relevante recopilar inicialmente la definición propia, autodidacta de cada entrevistado, de lo que es el “Profesionalismo médico” y cuales son los conceptos englobados en ella, por los principales actores de la formación: alumnos y profesores. Esto, en relación a la construcción de un contrato social justo y fructífero.

Se ve en este estudio que cada mención hecha por las personas entrevistadas, se adscribe a la ética y la empatía en el trato al paciente, desde la cual naturalmente se desprende que el alto conocimiento biomédico es el acompañante natural de ellas. Estos tres conceptos mayoritariamente se mencionan en su aplicación práctica, pero sobre la base teórica que da la universidad a través del curriculum declarado.

Estas definiciones, son por tanto menos completas que la definición hecha por el American Board of medicine, que tiene tres principios esenciales y diez compromisos con la sociedad.

Si bien, puede argumentarse que al referirse a la ética o a la empatía, las personas entrevistadas están abarcando implícitamente los principios esenciales y varios compromisos con la sociedad, de la definición usada en el estudio, este hecho no es claro. Ya que la asociación más clara es la de la ética, con los principios de beneficencia y de autonomía del paciente y la mención al conocimiento solo está en el listado de compromisos con la sociedad.

Este hecho se enlaza con que junto a la importancia cardinal que se le da a los valores de empatía y ética junto al conocimiento, las menciones a otras actitudes más relacionadas con los otros aspectos del quehacer diario: administrativos, de probidad pública, responsabilidad en cumplimiento de compromiso, de relación entre pares y otros profesionales etc, son mucho menores. Esto es consistente con la pregunta final en que se indaga los compromisos que adquieren los egresados de la universidad, en que vuelve a aparecer en todos los entrevistados el conocimiento que se adquiere en la carrera, pero hay una dispersión total en cuanto a otros valores.

La causa de este vacío podría ser el concepto clásico de capacidades no relacionadas con el conocimiento biomédico y que tradicionalmente se ha llamado “habilidades blandas” son menos relevantes, idea que permea a todos los integrantes de la comunidad como un antecedente histórico, que a su vez pueden ser consecuencia de culturas organizacionales, tradición heredada en la enseñanza

médica y otros factores que aún no son visibilizados, ni menos medidos. Esto por ende, es un campo a investigar a futuro.

Llama la atención, por ende que dichas habilidades no referidas por los entrevistados, si bien pueden ser declaradas como primordial en un currículum, a la luz de este estudio no hacen mella en la visión final de quienes reciben la educación y quienes la imparten, lo que habla de la poca efectividad final de la institución en inculcarlas y por ende, abren la pregunta razonable de ¿cuánto influye el currículum oculto en este hecho?. Esta pregunta no tiene respuesta en este estudio, sino que solo se da indicios de ella. Por lo tanto, sí plantea nuevas líneas de investigación a futuro en este punto.

A ese respecto es relevante la mención poco frecuente en el análisis global, y por grupos, pero relevante por su contenido en el análisis de categorías, de la influencia de la formación personal previa de los alumnos, anterior al ingreso a la universidad.

Este hecho es relevante puesto que indudablemente los elementos valóricos de la formación personal previa de cada estudiante forman parte de la escala de valores, actitudes, destrezas y habilidades que tendrá a posterior el profesional médico al momento de egresar. La magnitud de esta influencia aún es tema de investigación y debate, como ha sido mencionado previamente en la literatura (Brody & Doukas, 2014), por lo que es relevante su mención en las entrevistas a pesar de que sea poco frecuente.

ADQUISICIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL PROFESIONALISMO

Aquí la apreciación de la gran cantidad de entrevistados fue de que existe un rol crucial de factores de la formación formal y práctica, o sea informal.

En este concepto “informal”, se incluyen los elementos del currículum explícito que están incluidos en los ramos prácticos, pero en mayor medida los elementos del currículum oculto de la carrera.

Este punto es crucial, ya que ese currículum oculto, incluye factores derivados de la actitud de los académicos en su actuar teórico, pero sobre todo como modelos en el ejercicio práctico; factores propios de la institución (que pueden ser catalogados como parte de su cultura institucional), definida por la declaración explícita de ella y por las interacciones internas en la carrera (ambiente estudiantil) y factores propios del sistema de salud: cultura institucional, derivada de la historia de cada centro, y limitación de recursos físico y humanos, que redundan en menor tiempo posible de atención.

En cada principio la preponderancia de uno u otro elemento es distinta. Así tenemos que en la **preservación de la beneficencia** es muy importante la formación en cuanto a conocimientos y luego en habilidades prácticas y componentes valóricos, ambas en un ambiente teórico y práctico, explícito o del currículum oculto.

Es llamativo que todos los entrevistados reconocen que la adquisición de esta competencia es inherente a la función de la facultad de medicina y de la carrera de medicina, como eje central de su actuar. Lo que habla del convencimiento absoluto de las bases de la formación médica.

Luego es llamativo también, que gran cantidad de entrevistados ponderan con mayor valor el actuar clínico, de un docente, tutor, como modelo de actuar en este principio.

No se deja de dar importancia a la formación formal de este principio desde el inicio de la carrera, pero siempre se destaca y se le da mucho mayor peso al rol modelador del docente directo con el alumno, tanto en su actuar concordante con los principios declarados por la carrera, como en aquellos no declarados.

Este punto es de suma importancia, ya que corrobora que este actor, el tutor clínico, es la base de trabajo en cuanto a intervenciones futuras para fortalecer y enriquecer la adquisición de esta competencia.

En la **adquisición del principio de la autonomía del paciente**, lo primero llamativo es que los entrevistados no consideran mayoritariamente que se adquiriera esta competencia. Esto está dado principalmente por actitudes del tutor clínico que son propias de él y por condiciones propias del sistema de salud, que condicionan su actuar.

El tema no es menor, puesto que por un lado tenemos alto cumplimiento en el compromiso con la beneficencia del paciente, pero no en la preservación de su autonomía, lo que conlleva a prácticas de poder sobre el paciente por parte del médico.

Precisamente estas prácticas paternalistas, han sido uno de los focos de la innovación curricular aplicada desde el años 2013, que buscaba reformarlas. Lo que quiere decir que dicha innovación no ha sido efectiva en este punto.

De las respuestas revisadas se concluye que las causas de esta situación, el actuar del tutor clínico y las condiciones del sistema de salud, son mejorables parcialmente.

Por un lado, los cambios de actitud de un tutor clínico son posibles luego de un proceso de entrenamiento y formación continua de los académicos de la institución (hecho modificable y que es sugerible de adoptar). Pero, por otro lado, las condiciones del sistema de salud, en cuanto a falta de recursos o culturas institucionales, son un problema de resolución mayor que requieren la concordancia de la autoridad sanitaria y la autoridad educacional.

En este principio, aparece , con una frecuencia menor en referencias, pero con una profundidad considerable en las opiniones vertidas, la influencia del ambiente estudiantil. Este ambiente está definido por la composición del estudiantado, que a su vez es producto de las políticas institucionales de ingreso a la carrera y genera elementos del currículum oculto que no están bajo el dominio de la institución ni son definidos por ella. Son definidos por los propios estudiantes en sus actividades curriculares y sobre todo, extracurriculares, las que se enlazan preferentemente con el rol social que tiene la Universidad, derivado de su historia y principios.

Es llamativo que este factor sea cardinal y no sea referido con alta frecuencia por todos los entrevistados, sino que es referido esencialmente por los alumnos de tercer año. Esto habla por un lado, de la diferencia de experiencias al estar en un nivel de formación más básico, sin experiencias clínicas constantes y por otro, de la falta de conexión de estos niveles con los que son mayores, en adquisición de experiencia clínica (cursos superiores).

Indudablemente, esta conexión es un punto a desarrollar, como elemento de mejora de la enseñanza.

Por otro lado, este ambiente estudiantil, al ser parte del currículum oculto, debería ser analizado más en profundidad, para poder ponderar hasta que punto es relevante en la adquisición de competencias y como la institución puede influirlo con este fin, sin comprometer con ello los principios de tolerancia y diversidad de la propia universidad.

O sea, en la adquisición de esta competencia, influyen de mayor forma los elementos del currículum oculto, que no están siendo intencionados, y que por ende dejan en la incertidumbre el real éxito del proceso.

Ahora, en la **adquisición del principio de justicia social**, la opinión de las formas, y factores que la afectan es heterogénea y en ella se pueden encontrar distintas vertientes de pensamiento.

Es muy llamativo que el análisis de categorías difiere del análisis de frecuencia, y aparece con una profundidad marcada y relevante, en el mismo nivel, las instancias formales teóricas del pregrado, las instancias prácticas (que engloban elementos de currículum explícito y del currículum oculto), y el ambiente estudiantil, que es netamente currículum oculto.

Una apreciación mayoritaria de los entrevistados fue que esta competencia se adquiere, gracias a la influencia del currículum declarado y el currículum oculto, ambos a la par. Y en el caso del currículum oculto, en la formación práctica de los alumnos.

Es de cuidado que en este currículum oculto se componga con más fuerza por factores propios del sistema de salud, más que los de la universidad. Factores

que por definición, no están al arbitrio de la institución y ya fueron enunciados en el análisis de la preservación de la autonomía del paciente

Nuevamente, el ambiente estudiantil, tiene poca frecuencia de mención, lo que está dado por una proporción menor de alumnos de tercer año entrevistados, que son quienes lo mencionan y por pocos internos que también lo mencionan en menor medida. Sin embargo, la importancia del rol modelador de este factor es mayor, ya que es referido como un agente principal en inculcar la idea de justicia social en todos los ámbitos, y por ende que se proyecte después en el actuar clínico de los egresados.

Vale decir, este “ambiente estudiantil” y su diversidad, es una suerte de *campo de entrenamiento* que permite ir conociendo, experimentando y mejorando las acciones en pos de conseguir la justicia social, desde el rol del futuro médico en la sociedad.

Por lo tanto, resulta muy relevante analizar a futuro, la interacción en este ambiente para definir factores facilitadores y entorpecedores en la adquisición de competencias finales de la profesión.

ADQUISICIÓN DE COMPROMISOS CON LA SOCIEDAD

Al momento de referir cual compromiso es mayormente adoptado por los egresados, la repetición constante del conocimiento biomédico, como compromiso alcanzado, refuerza el hecho de que el currículum declarado y no declarado son capaces de adiestrar en esta competencia.

La dispersión en la mención de otros componentes valóricos y la ausencia de varios compromisos que uno supone que deberían haber sido nombrados por la

comunidad universitaria, hace suponer que se está en un terreno de incertidumbre respecto a la adquisición de ellos, que son igual de importantes que el conocimiento científico.

Por ende, se genera la inquietud de que las eventuales nuevas líneas de investigación, se dirijan a diagnosticar bien el problema y generar intervenciones a distintos niveles de la malla y con distintas metodologías, con el fin de mejorar la efectividad de su adquisición.

PESO DEL CURRÍCULUM OCULTO

Este estudio fue desarrollado en la época de aparición de pandemia de SARS Cov 2, que implicó la suspensión de las actividades académicas presenciales por las medidas de aislamiento poblacional adoptadas por la autoridad.

En ese contexto varias de las experiencias prácticas de los alumnos fueron distintas y escasas, casi nulas de hecho, sobre todo en tercer año en que se realizaron todos los cursos a distancia, difiriendo a un segundo tiempo la parte práctica de cada ramo.

Esto incidió directamente en la visión de los entrevistados, así mismo que se enlazó con movilizaciones estudiantiles locales, que aparecían mencionadas en las entrevistas, haciendo paralelismos con ellas y elementos como la justicia social.

Así se explicaría, en parte, la diferencia de peso en las frecuencias de mención de elementos centrales de la formación de profesionalismo, con una preponderancia de los elementos formales (o “teóricos”) de cada ramo en tercer años, versus la aparición de elementos más “prácticos” en las opiniones de séptimo año y de los académicos.

En todo caso, este efecto circunstancial, posiblemente es poco, dado que los internos de séptimo año también tuvieron suspendidas las actividades prácticas hasta inicios de octubre por ende, las diferencias observadas responden mayoritariamente a sus experiencias durante toda la carrera hasta sexto año. Así, las diferencias observadas no son consecuencia de la contingencia del Covid-19, sino que de la estructura curricular, con los ambientes formativos y culturas organizacionales que se desprenden de ella.

En consecuencia, en el análisis de categorías es patente que los elementos propios del currículum oculto, están presente en cada una de las categorías de respuesta, con mayor o menor fuerza, pero siempre en cada una de ellas:

1. Al momento de definir profesionalismo médico libremente, todos los entrevistados mencionan la presencia de la ética y de la empatía como elementos centrales, junto al conocimientos como una característica derivada e inherente a ellos dos (*“si no se sabe lo que hay que hacer, no se puede actuar bien”*). Esta tríada se adquiere por el currículum formal en cursos formales y luego por el actuar clínico. Ahí se agregan elementos no declarados que son de igual peso que los declarados en las distintas etapas de formación, sobre todo las finales.
2. Al momento de definir la adquisición de la competencia de consecución de la beneficencia del paciente, la opinión generalizada de que se adquiere se fundamenta en alto nivel técnico de los egresados, el que se transmite por mecanismos formales e informales. A esto se agrega mecanismos no declarados, constantes durante la carrera. Sobre todo, actitudinales de los docentes teóricos y clínicos

3. En la adquisición de la protección de la autonomía del paciente, los elementos curriculares explícitos están desdibujados, al punto que se hace dudable que se adquiriera esta competencia. Esta situación se explica por el poco peso que se percibe de este valor en la formación formal, y por la predominancia de factores no declarados en su adquisición. Factores que vienen en parte de la cultura organizacional de la universidad, de la cultura organizacional de los sistemas de salud y actitudes propias del tutor clínico influidas generalmente, por las condiciones reales del sistema de salud, pero que tienen un rol crucial en la adquisición de la competencia (expresado en el análisis de frecuencia). Rol que no está siendo medido ni analizado.

4. En la adquisición de las competencias tendientes a la consecución de la justicia social es muy relevante que los factores curriculares explícitos (formales y prácticos), están a la par de importancia con los prácticos clínicos no declarados y con la influencia del ambiente estudiantil (también currículum oculto).

Esta última mención (ambiente estudiantil), sin ser alta en frecuencia, nuevamente es relevante en profundidad, ya que habla de una dimensión que no está siendo abordada ni medida por parte de la institución, pero que incide fuertemente en estos principios.

5. En la apreciación de qué compromisos se adquieren por parte de los egresados de la universidad, resalta la unanimidad en un elemento explícito como es la adquisición de altos conocimientos técnicos. Pero la dispersión y ausencia en la mención de otros compromisos, sugiere que ellos quedan al

arbitrio precisamente de este currículum oculto, que no está siendo analizado ni medido en los distintos niveles de formación.

Esta influencia transversal del currículum oculto en todos los factores encuestados nos habla de lo relevante de su peso en los procesos formativos del médico, ya que se sabe que constituye un factor muy relevante a la hora de adquirir valores, conductas y actitudes, propias del profesionalismo y que su influencia puede ser más profunda que lo que está declarado en el currículum formal (Córdoba-Castro & Rivera-Largacha, 2019).

En el caso de la medicina esto es muy relevante, dado la naturaleza de las decisiones que se deben tomar en el ejercicio diario de la profesión, que usualmente implican vidas de terceros. Más aún si el acto de atender pacientes requiere la observación y la práctica directa para poder ser aprendido.

Hay experiencias que muestran el peso del curriculum oculto en la formación del profesionalismo (Joynt, Wong, Ling, & Lee, 2018) , mostrando su influencia negativa y la necesidad de modificarlo hacia los valores positivos que implica el profesionalismo médico.

La discordancia entre el currículum oculto y los “comportamientos oficiales” deseados en el quehacer médico, generan una pérdida de idealismo y desesperanza en los alumnos que afecta su rendimiento final al momento de ejercer la profesión (Doja et al., 2016) (Billings, Lazarus, Wenrich, Curtis, & Engelberg, 2011). Distintos estudios han profundizado en estos elementos y la visión de las comunidades educativas al respecto (Doja et al., 2016) (Gaufberg, Batalden, Sands, & Bell, 2010).

Por todo esto, los resultados observados deben llamar la atención por la preponderancia de elementos de la práctica clínica diaria, curriculares explícitos y ocultos, al momento de ser sopesados en la formación.

Misma consideración debería tenerse con el ambiente estudiantil que es un elemento mayor, pero aún escasamente descrito y no medido ni analizado.

CONCLUSIÓN

Este estudio corrobora la observación hecha en experiencias extranjeras respecto al curriculum oculto, la formación práctica y el rol de tutor clínico como modelador, en el entorno de la facultad de medicina de la Universidad de Chile, lo que es relevante al ser el primer reporte en corroborar este fenómeno localmente.

Se demuestra así la necesidad de comenzar a abordar fenómenos como la influencia negativa o positiva del curriculum oculto en la formación final. Currículum que adquiriría mayor relevancia en etapas finales de la formación de pregrado, reconciéndolo como un elemento cardinal que aún no es analizado ni medido, y que al ser eventualmente intervenido y perfeccionado, permitiría mejorar el perfil final del profesional egresado, minimizando así efectos negativos como la desazón y la desesperanza en lo(a)s alumno(a)s de pregrado.

Es por ende, relevante identificar los elementos de este currículum oculto que inciden negativamente en la formación y trabajar en su modificación, partiendo por algunos clave: el rol modelador del tutor clínico directo, y el ambiente estudiantil.

Por otro lado, hay elementos de la formación práctica, que son propios de la organización del sistema de salud: su falta de recursos crónica, con su efecto en la

calidad de atención, y su cultura organizacional, que no pueden ser abordados a corto plazo por la Universidad, pero que es saludable de exponer, para empezar a trabajar en ellos junto a la autoridad sanitaria central.

El efecto de la formación personal previa a entrar a la universidad, que está referido en la literatura al respecto, no es relevante en este estudio en la frecuencia de menciones, pero si adquiere importancia en el análisis por categorías, al estar enlazado con el factor “ambiente estudiantil”, por lo que debería ser otro punto en el análisis futuro.

Finalmente, la diferencia de peso de los distintos factores entre grupos de alumnos de distintos niveles, obedece también posiblemente a procesos de maduración personal del estudiante relacionados con sus experiencias de vida y sobre todo, con el contacto diario con pacientes, sistema de salud y otros médicos y profesionales del área. Por ende, forman parte del desarrollo personal de cada estudiante, pero que tiene cierta influencia del currículum explícito y el oculto. Su real peso aún no ha sido mensurado.

PROYECCIONES

De todos los elementos expuestos y analizados, el conocer más en detalle los elementos de este currículum oculto, en los términos ya expuestos, debería ser materia de futuros estudios dentro de nuestra facultad, que a su vez permitan diseñar planes de mejora constante en todos los procesos formativos de la carrera.

LIMITACIONES

Durante el desarrollo de este estudio el inicio de la pandemia Covid 19, con las consecuencias sociales y económicas en el país, influyeron negativamente en él, al entorpecer la realización de entrevistas.

Además la incertidumbre y angustia ambiente generada, más las condiciones de confinamiento obligadas, atentaron contra el interés de participar como entrevistados y generaron una sobrecarga laboral y familiar en el investigador que enlentecieron la realización, transcripción y análisis de las entrevistas, retrasando esta tesis.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña L., G. (2004). Carta fundamental del profesionalismo médico. *Rev. Med. Clin. Condes*, 15(4), 155–156.
- Altirkawi, K. (2014). Review Article Teaching professionalism in medicine: what, why and how? *Sudanese Journal of Paediatrics*, 14(1), 31–38.
- Anthony-Pillai, R. (2016). Medical professionalism. *Medicine*, 44(10), 586–588.
- Armanet, L., & De Barbieri, Z. (2009). Proceso de innovación curricular en la facultad de medicina de la universidad de Chile. *Rev Hosp Clín Univ Chile*, (20), 345–348.
- Billings, M. E., Lazarus, M. E., Wenrich, M., Curtis, J. R., & Engelberg, R. A. (2011). The Effect of the Hidden Curriculum on Resident Burnout and Cynicism. *Journal of Graduate Medical Education*, 3(4), 503–510.
- Brody, H., & Doukas, D. (2014). Professionalism: A framework to guide medical education. *Medical Education*, 48(10), 980–987.
- Campos, N. H. (2006). The social meaning of medical professionalism. *Revista Médica de Chile*, 134(4), 520–524.
- Cohen, J. J. (2006). Professionalism in medical education, an American perspective: from evidence to accountability. *Medical Education*, (40), 607–617.
- Colegio Médico de Chile. (2013). *Código de Ética Médica* (Segunda ed). Santiago: Palco Comunicaciones.
- Córdoba-Castro, E., & Rivera-Largacha, S. (2019). Herramientas para el análisis y la transformación de la educación y cultura médica para la promoción de la salud mental en estudiantes de Medicina. *Educación Médica*, 20(S2), 148–

153.

DeAngelis, C. D. (2015). Medical professionalism. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 313(18), 1837–1838.

Doja, A., Bould, M. D., Clarkin, C., Eady, K., Sutherland, S., & Writer, H. (2016). The hidden and informal curriculum across the continuum of training: A cross-sectional qualitative study. *Medical Teacher*, 38(4), 410–418.

Fong, W., Kwan, Y. H., Yoon, S., Phang, J. K., Thumboo, J., Leung, Y. Y., & Ng, S. C. (2020). Assessment of medical professionalism using the Professionalism Mini Evaluation Exercise (P-MEX) in a multi-ethnic society: A Delphi study. *BMC Medical Education*, 20(1), 225.

Gaufberg, E. H., Batalden, M., Sands, R., & Bell, S. K. (2010). The hidden curriculum: What can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Academic Medicine*, 85(11), 1709–1716.

Hafferty, F. W., O'Brien, B. C., & Tilburt, J. C. (2020). Beyond High-Stakes Testing: Learner Trust, Educational Commodification, and the Loss of Medical School Professionalism. *Academic Medicine*, 95(6), 833–837.

Index @ Www.Randomizer.Org. (n.d.). Retrieved from <https://www.randomizer.org/>

Joynt, G. M., Wong, W. T., Ling, L., & Lee, A. (2018). Medical students and professionalism—Do the hidden curriculum and current role models fail our future doctors? *Medical Teacher*, 40(4), 395–399.

Kasule, O. H. (2013). Medical professionalism and professional organizations. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 8(3), 137–141.

Kirch, D. G., Gusic, M. E., & Ast, C. (2015). Undergraduate Medical Education and the Foundation of Physician Professionalism. *JAMA*, 313(18), 1797.

Las sanciones contra los 25 ginecólogos condenados por colusión en Ñuble -

Cooperativa.cl. (2015). Retrieved October 21, 2018, from

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/medicos/las-sanciones-contra-los-25-ginecologos-condenados-por-colusion-en-nuble/2015-04-06/171307.html>

Lolas, F. (1990). Bioética en Chile. Actualidad y perspectivas. *Bol of Sanit Panam*, 108, 5–6.

Miranda Limón, J. (2011). Carta al Editor. *Reumatol Clin.*, 7(1), 81–82.

Morales-Ruiz, J. C. (2009). 74 La formación integral. *Educación Médica*, 12(2), 73–82.

Ortega T, D., García M, C., & Biagini A, L. (2006). Profesionalismo: una forma de relación entre médicos, pacientes y sociedad. *Revista Chilena de Radiología*, 12(1), 33–40.

Pacheco, P. O. (2013). La Crisis Del Profesionalismo Médico. Entre La Nostalgia Del Pasado Y Las Condiciones Del Presente. *XI Congreso Nacional de Sociología - FES – MADRID - 2013*, (Enero 2013).

Palés Argullós, J. (2015). Educación médica continuada. *Educacion Medica*, 16(1), 13–16.

Paramédica fue declarada culpable por cambio de guaguas de Talca -

Cooperativa.cl. (n.d.). Retrieved October 21, 2018, from

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/region-del-maule/hospital-de-talca/paramedica-fue-declarada-culpable-por-cambio-de-guaguas-de-talca/2011-06-01/163458.html>

Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and E. F. of I. M. (2002).

- Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine*, 136(3), 243.
- Reed, R. R., & Evans, D. (1987). The Deprofessionalization of Medicine. *JAMA*, 258(22), 3279.
- Richard, H., Peter, K., Mattew, H., & Brian, C. (2009). Evaluación del profesionalismo médico: ¿Quién, qué, cuándo, dónde, cómo y...por qué? *Rev Educ Cienc Salud*, 6(2), 111–112.
- Rodríguez P, J. A. (2006). Profesionalismo médico: Aspectos históricos y religiosos. *Revista Medica de Chile*, 134(3), 381–384.
- Rodríguez Portales, J. A. (2007). Profesionalismo y Educación Médica. *Ars Medica*, 1(15), 55–64. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v36i2.144>
- Rosselot, E. (n.d.). *Dimensiones del profesionalismo médico. Proyecciones para el siglo XXI*.
- Rosselot J, E. (1999). Aseguramiento de la calidad profesional.: Un nuevo marco ético para el ejercicio de la medicina. *Revista Médica de Chile*, 127(11), 1375–1383.
- Rosselot J, E. (2006). Dimensiones del profesionalismo médico: Proyecciones para el siglo XXI. *Revista Médica de Chile*, 134(5), 657–664.
- Stark, M., & Fins, J. J. (2014). The ethical imperative to think about thinking - diagnostics, metacognition, and medical professionalism. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics : CQ : The International Journal of Healthcare Ethics Committees*, 23(4), 386–396.
- Swick HM. (2000). Toward a normative definition of medical professionalism. *Academic Medicine*, 75(6), 612–616.

Valdivieso, V. (2007). La enseñanza de la medicina en el siglo 21: fundamentos y desafíos. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 15. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v36i2.141>

Vianney Pons, J. M., & Argimón, J. M. (2020). El Profesionalismo Médico. *Med Clin (Barc)*, 154(11), 459–463.

Ziring, D., Frankel, R. M., Danoff, D., Isaacson, J. H., & Lochnan, H. (2018). Silent witnesses: Faculty reluctance to report medical students' professionalism lapses. *Academic Medicine*, 93(11), 1700–1706.