



**Universitat
Autònoma
de Barcelona**

Estudios de Doctorado en Psicología Social

**SIGNIFICADO DEL TRABAJO
EN LA PROFESIÓN MÉDICA**

Un estudio iberoamericano

TESIS DOCTORAL

Paola J. Ochoa Pacheco

Director

Josep M. Blanch Ribas

2012

A Mamá, Denis y Luis Alejandro

AGRADECIMIENTOS



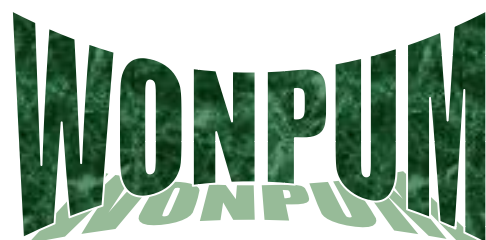
INSTITUCIONALES

A la Universidad Autónoma de Barcelona y el equipo de profesores del Doctorado de Psicología Social de la UAB, por acogerme en la etapa de maduración y culminación de la tesis.

Al Ministerio de Educación de España por la ayuda de movilidad recibida durante el año 2008-2009 y el financiamiento a los proyectos donde he participado I+D+I **KOFARIPS** (2008-11)-*El capitalismo organizacional como factor de riesgo psicosocial*, Ref: SEJ2007-63686/PSIC- y **WONPUM** (2012-14) -*Trabajar en Servicios Humanos bajo la Nueva Gestión Pública*, Ref: PSI2011-23705. En especial al Dr. Josep María Blanch por la conducción de los proyectos y la oportunidad de participar en las investigaciones mencionadas.

Al equipo de trabajo constituido en torno a los proyectos **KOFARIPS** y **WONPUM**. A Miguel Sahagún por su apoyo con el manejo de la base de datos de los equipos de investigación.

A todas las organizaciones, centros de salud y profesionales que participaron en el estudio en los diversos países. En Venezuela a los Lic. Saúl Chacín y la Lic. Migdalia Rodríguez.



AGRADECIMIENTOS

PERSONALES

Deseo agradecer primero a Dios, por haberme dado la oportunidad y la fortaleza para culminar este proyecto. Quiero dar las gracias a mi familia, en especial mis padres Hernando y Victoria, mis hermanos Nando, Astrid, Claudia, Denis, Guily, Wilmer; mis sobrinos, ¡a todos!, que me acompañaron con su apoyo permanente. En especial quiero agradecer la presencia de mi Mamá Victoria, mi hermana Denis y mis sobrinos Luis Alejandro y Nandi, quienes diariamente, de innumerables maneras, me brindaron todo el amor y la motivación posible para culminar el Doctorado.

A Venezuela, por haberme ofrecido la posibilidad de crecer en la diversidad, permitirme estudiar en las Universidades UCV y UCAB. Por haberme orientado en mi formación profesional, por las mejores oportunidades laborales y por hacerme creer siempre en la excelencia, el conocimiento y el respeto al talento.

Especialmente a mi director y amigo el Dr. Josep María Blanch Ribas, porque su acompañamiento, espíritu crítico y solidaridad a toda prueba, hizo posible que en el marco de una difícil situación para nuestros dos países, Venezuela y España, en medio de crisis políticas, controles de cambio, recortes y rescates europeos, se pudiese culminar la investigación que nos propusimos. Siempre estuvo allí, con su apoyo real y sus ideas para inspirarme, confrontarme y llevar a buen puerto la tesis doctoral. ¡Moltes gràcies Josep María per mostrarme lo metjor del espíritu Català!

A todos los que me apoyaron y compartieron esta etapa del Doctorado en España y en Venezuela, en especial a V. del Valle, Claudia, Luis José, Belén, Carmelita, María, Helena, Joan, Daniel, por estar allí, su amistad, los encuentros y el buen diálogo compartido durante mi proyecto. A Hector por las revisiones a la tesis, su amistad de muchas décadas y su permanente apoyo.

Al equipo de trabajo constituido en torno a los proyectos de investigación, muchas gracias.

Resumen

Esta tesis trata sobre el significado del trabajo médico en el marco del nuevo escenario empresarial de organización y gestión de los sistemas y servicios de salud. Consta de dos partes: un marco teórico y un estudio empírico. En la primera, describe y sistematiza algunas transformaciones actuales del entorno organizacional en que se desarrolla la praxis médica y el proceso por el cual los cambios en las condiciones de trabajo y en los modelos de gestión del sector sanitario van asociados a nuevos modos de significación del trabajo médico. Y, más específicamente, resume aspectos centrales de la reflexión y el debate contemporáneos sobre *viejos* y *nuevos* paradigmas relativos a la práctica de la medicina y sobre las oportunidades, desafíos y riesgos que conllevan las reformas modernizadoras de los sistemas de salud para el *profesionalismo* médico.

En la segunda, se presenta un estudio empírico, cuyo diseño combina un doble abordaje metodológico cualitativo y cuantitativo. Su herramienta principal de recogida de información es un amplio cuestionario, que incluye una colección de escalas de evaluación de condiciones de trabajo y de bienestar laboral y también una serie de preguntas abiertas entre las que destaca la que invita a los profesionales encuestados a definir su actual experiencia laboral mediante 4 palabras clave. La organización de las respuestas a esta pregunta constituye uno de los ejes centrales del estudio, en el que participaron unos tres centenares de profesionales de la medicina empleados en hospitales y centros de salud de Brasil, Chile, Colombia, Venezuela y España. Asimismo se recurrió a las técnicas de análisis de contenido, análisis de correspondencias y a la técnica específica del análisis documental, especialmente útil para el estudio de cómo la medicina se ha ido pensando a sí misma como disciplina y como profesión.

Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que, en un contexto de transformación histórica como el que actualmente atraviesa el sector de la salud, predomina un alto grado de incertidumbre sobre el presente y el futuro de la praxis médica, que funciona como fuente inagotable de preguntas sobre lo que significa en las presentes circunstancias trabajar en el seno de la profesión médica.

A nivel teórico, la información recogida refuerza la teoría de que los cambios en las condiciones de trabajo influyen en los significados y sentidos de la experiencia laboral y profesional, aportando evidencia de que el nuevo entorno sanitario es la matriz de procesos de resignificación del trabajo médico y de revisión de la manera como los profesionales de la medicina significan, valoran y dan sentido a su actividad.

Al tiempo, pone de manifiesto que estos procesos suelen estar impregnados de tensiones, conflictos y contradicciones entre los imperativos funcionales del sistema en construcción y los valores, normas, creencias, roles y patrones morales de comportamiento característicos del orden preexistente, con el que suele acabar fundiéndose en una nueva síntesis. Mientras dos tercios de los participantes en la investigación piensan y sienten su trabajo en términos positivos, una tercera parte los vive y relata en términos negativos. La sobredemanda de trabajo y la precarización de las condiciones contractuales aparecen como factores relevantes del sesgo negativo que este segmento del personal encuestado da al significado de su trabajo y al sentido de su profesión.

Asimismo, numerosos profesionales encuestados se declaran atrapados en un conflicto entre dos culturas que tienen interiorizadas -la de servicio público y la de negocio privado-. Esta ambivalencia y tensión interna en búsqueda permanente del equilibrio entre contrarios emerge, a su vez, como un nuevo y potente factor de estrés psicosocial, que en el plano teórico urge prever y que en el práctico cabe prevenir.

Palabras clave: Significado del Trabajo. Profesionalismo Médico. Condiciones de Trabajo. Bienestar Psicosocial

Abstract

This thesis deals with the meaning of medical work under the new business scenario of organization and management of health systems and services. It consists of two parts: a theoretical and an empirical study. The first describes and systematizes some current changes in the organizational environment that develops medical practice and the process by which changes in working conditions and management models in the health sector are associated with new modes of significance of medical working. And, more specifically, summarizes key aspects of contemporary thought and discussion about old and new paradigms relating to the practice of medicine and the opportunities, challenges and risks for medical professionalism associated with the modernizing reforms of health systems.

In the second, we present an empirical study, whose design combines a dual qualitative and quantitative methodological approach. Its main tool for gathering information is a comprehensive questionnaire, which includes a collection of scales assessing working conditions and labor wellbeing and also a series of open questions among which the respondents are invited to define their current work experience with 4 keywords. The organization of the answers to this question is one of the cornerstones of the study, which involved about three hundred medical professionals employed in hospitals and health centers in Brazil, Chile, Colombia, Venezuela and Spain. It also appealed to the techniques of content analysis, correspondence analysis and the specific technique of documental analysis, especially useful for the study of how medicine has been thinking to herself as a discipline and profession.

The results showed that, in a context of historical change as the one currently affecting the health sector, dominated by a high degree of uncertainty about the present and the future of medical practice, which works as an inexhaustible source of questions about which means in these circumstances to work within the medical profession.

Theoretically, the information collected reinforces the theory that changes in working conditions affect the significance and meanings of work experience and professional sense, providing evidence that the new healthcare environment is the matrix of resignification processes of medical work and review of the way the medical professionals mean, value and give meaning to their activity.

At the time, shows that these processes are often imbued with tensions, conflicts and contradictions between the functional imperatives of the system under construction and the values, norms, beliefs, roles and moral standards of behavior characteristic of the existing order, which usually ends with merging into a new synthesis. While two thirds of research participants think and feel their jobs in positive terms, one third of them lives and describes in negative terms. The perceived work overload and precarious contractual conditions are all factors relevant to the negative bias that this segment of staff surveyed gives the meaning of their working and of their profession.

Similarly, many professionals surveyed declare trapped in a conflict between two cultures that have internalized: that of public service and private business. And this ambivalence and tension in permanent search of balance between opposites emerges, in turn, as a new and potent psychosocial stressor, which in theory must be predicted and in practice must be prevented.

Keywords: *Meaning of Working. Medical Professionalism. Working Conditions. Psychosocial Well-Being*

Resum

Aquesta tesi tracta sobre el significat del treball mèdic en el marc del nou escenari empresarial d'organització i gestió dels sistemes i serveis de salut. Consta de dues parts: un marc teòric i un estudi empíric. A la primera, descriu i sistematitza algunes transformacions actuals de l'entorn organitzacional en què es desenvolupa la praxi mèdica i el procés pel qual els canvis en les condicions de treball i en els models de gestió del sector sanitari van associats a noves maneres de significació del treball mèdic. I, més específicament, resumeix aspectes centrals de la reflexió i el debat contemporanis sobre vells i nous paradigmes relatius a la a la pràctica de la medicina i sobre les oportunitats, desafiaments i riscos que comporten les reformes modernitzadores dels sistemes de salut per al professionalisme mèdic.

En la segona, es presenta un estudi empíric, el disseny del qual combina un doble abordatge metodològic qualitatiu i quantitatiu. La seva eina principal de recollida d'informació és un ampli qüestionari, que inclou una col·lecció d'escala d'avaluació de condicions de treball i de benestar laboral i també una sèrie de preguntes obertes entre les quals destaca la que convida els professionals enquestats a definir la seva actual experiència laboral mitjançant 4 paraules clau. L'organització de les respostes a aquesta pregunta constitueix un dels eixos centrals de l'estudi, en què van participar uns tres centenars de professionals de la medicina empleats en hospitals i centres de salut de Brasil, Xile, Colòmbia, Veneçuela i Espanya. Així mateix es va recórrer a les tècniques d'anàlisi de contingut, anàlisi de correspondències i a la tècnica específica de l'anàlisi documental, especialment útil per a l'estudi de com la medicina s'ha anat pensant a si mateixa com a disciplina i com a professió.

Els resultats obtinguts van posar de manifest que, en un context de transformació històrica com el que actualment travessa el sector de la salut, predomina un alt grau d'incertesa sobre el present i el futur de la praxi mèdica, que funciona com a font inesgotable de preguntes sobre el que significa en les presents circumstàncies treballar en el si de la professió mèdica.

A nivell teòric, la informació recollida reforça la teoria que els canvis en les condicions de treball influeixen en els significats i sentits de l'experiència laboral i professional, aportant evidència que el nou entorn sanitari és la matriu de processos de resignificació del treball mèdic i de revisió de la manera com els professionals de la medicina signifiquen, valoren i donen sentit a la seva activitat.

Alhora, posa de manifest que aquests processos solen estar impregnats de tensions, conflictes i contradiccions entre els imperatius funcionals del sistema en construcció i els valors, normes, creences, rols i patrons morals de comportament característics de l'ordre preexistent, amb el qual sol acabar fonent-se en una nova síntesi. Mentre dos terços dels participants en la investigació pensen i senten el seu treball en termes positius, una tercera part els viu i relata en termes negatius. La sobredemanda de treball i la precarització de les condicions contractuals apareixen com a factors rellevants del biaix negatiu que aquest segment del personal enquestat dóna al significat del seu treball i al sentit de la seva professió.

Així mateix, nombrosos professionals enquestats es declaren atrapats en un conflicte entre dues cultures que tenen interioritzades -la de servei públic i la de negoci privat-. I que aquesta ambivalència i tensió interna a la recerca permanent de l'equilibri entre contraris emergeix, al seu torn, com un nou i potent factor d'estrès psicosocial, que en el pla teòric urgeix preveure i que en el pràctic cal prevenir.

Paraules clau: Significat del Treball. Professionalisme Mèdic. Condicions de Treball. Benestar Psicosocial

INDICE GENERAL

Resumen, Abstract, Resum	9
Presentación	21
Introducción	25

PARTE 1. Marco teórico

Capítulo 1. Significado del trabajo en un entorno cambiante	29
1.1. El trabajo, hecho social e histórico	33
1.2. Visiones y concepciones del Trabajo	36
1.2.1. Visiones	36
1.2.2. Concepto integrado	39
1.3. Las nuevas realidades laborales	44
1.4. Efectos psicosociales de la metamorfosis del trabajo	48
1.5. Emergencia de una nueva subjetividad laboral	53
1.6. Riesgos psicosociales de las reformas modernizadoras	55
1.7. Significado del trabajo	57
1.7.1. La literatura sobre el tópico	57
1.7.2. El modelo MOW	68
1.7.3. Constructos asociados	70
Capítulo 2. Profesión médica y profesionalismo	77
2.1. La profesionalización del trabajo	81
2.1.1. Concepciones de profesión	83
2.1.2. Características sociológicas de la profesión	94
2.2. La construcción histórica de la profesión médica	95
2.2.1. Evolución del concepto de Salud	95
2.2.2. Desarrollo de la medicina	99

2.3. El profesionalismo médico	103
2.3.1 El paradigma clásico de la profesión médica	104
2.3.2. De la profesionalidad al profesionalismo	105
2.3.3. Tendencias actuales en el profesionalismo médico	119
2.4. Significado del trabajo médico y profesionalismo en medicina	130
Capítulo 3. Profesión médica y reformas de los sistemas de salud	133
3.1. Los sistemas Sanitarios de los países del estudio	137
3.1.1. España	142
3.1.2. Brasil	145
3.1.3. Colombia	147
3.1.4. Chile	150
3.1.5 Venezuela	152
3.2. Los retos de las reformas en los sistemas de salud iberoamericanos	155
PARTE 2. Estudio Empírico	159
Capítulo 4. Método	161
4.1. Diseño	163
4.2. Técnicas de análisis	164
4.2.1. Cualitativas	164
4.2.2. Cuantitativas	166
4.3. Procedimiento	167
4.4. Participantes	173
4.5. Instrumento	178

Capítulo 5. Resultados	183
5.1. Rasgos de la profesión médica a la luz del análisis documental	187
5.2. Condiciones de trabajo y Bienestar Psicosocial	216
5.2.1. Datos descriptivos por escalas	216
5.2.2. Datos comparativos según variables	217
5.3. Significado del trabajo médico	226
5.3.1. Análisis de Contenido	226
5.3.2 Análisis de Correspondencias	240
5.3.2.1 Análisis textual de formas léxicas	240
5.3.2.2- Significado del trabajo y carga laboral percibida	245
5.3.2.3- Significado del trabajo y bienestar laboral	257
5.3.2.4- Significado del trabajo según países	268
Capítulo 6. Discusión	279
Conclusiones generales	295
Referencias	303
Anexos	339

INDICE TABLAS

1	Tipología de situaciones ocupacionales	43
2.	Matriz de Literatura Significado del trabajo	59
3.	Matriz de Literatura Significado del trabajo y jóvenes	60
4.	Matriz de Literatura Significado del trabajo y valores	61
5.	Matriz de Literatura Significado del trabajo y riesgos psicosociales	62
6.	Matriz de Literatura Significado del trabajo en varios países	63
7.	Matriz de Literatura Significado del trabajo en Iberoamérica	64
8.	Matriz de Literatura sobre revisión y análisis teórico	66
9.	Panorama descriptivo de la conceptualización de Profesión	85
10.	Revisión de literatura sobre riesgos psicosociales de los profesionales de la medicina en América Latina	112
11.	Síntesis conceptual del profesionalismo	116
12.	Síntesis conceptual Profesionalismo Médico	120
13.	Matriz de análisis literatura Profesionalismo Médico en Iberoamérica	126
14.	Principales problemas de Atención primaria en Salud	141
15.	Medias y desviaciones estándar por Escalas	216
16.	Comparación de medias en puntajes de escalas por Sexo.	218
17.	Comparación de medias en puntajes de escalas por Edad.	219
18.	Comparación de medias en puntajes de escalas por países.	221
19.	Comparación de medias en puntajes de escalas por responsabilidades directivas.	222
20.	Comparación de medias en puntajes de escalas por carga de trabajo percibida	225
21	Listado de categorías utilizadas en el Análisis Textual	243
22	Patrones del Significado del Trabajo en Análisis textual	244
23.	Tabla frecuencias Significado del trabajo	246
24.	Tabla frecuencias Carga percibida de trabajo	247
25.	Tabla contingencia Significado del trabajo y carga percibida	247
26.	Chi cuadrado Significado del Trabajo y Carga percibida	248
27.	Resumen de la Inercia y valores propios del Análisis de correspondencias Significado del trabajo y carga percibida de trabajo	249
28.	Perfil de filas Significado del trabajo y carga percibida de trabajo	250
29.	Perfil de columna Carga percibida del trabajo	251
30.	Tabla contingencia Significado del trabajo y cuartiles de Bienestar-Malestar	258
31.	Chi cuadrado Significado del Trabajo y cuartiles de Bienestar-Malestar	259
32.	Resumen de la Inercia y valores propios del Análisis de correspondencias Significado del trabajo y cuartiles de Bienestar-Malestar	260

33. Perfil de filas Significado del trabajo y cuartiles de Bienestar-Malestar	261
34. Perfil de columna Cuartiles de Bienestar-Malestar	262
35. Tabla de frecuencias Países	268
36. Tabla de contingencia Significado del trabajo por países	269
37. Chi cuadrado Significado del Trabajo por países	270
38. Tabla resumen de la inercia y los valores propios del Significado del trabajo por países	271
39. Perfil de filas Significado del trabajo por países	272
40. Perfil de columna Países	273

INDICE DE FIGURAS Y GRAFICOS

0. Modelo MOW del Significado del Trabajo y profesionalismo	131
1. Valores, principios y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en la APS	138
2. Sistema Nacional Salud de España	143
3. Sistema Nacional de Salud de Brasil	146
4. Sistema Nacional de Salud de Colombia	148
5. Sistema Nacional de Salud de Chile	151
6. Sistema Nacional de Servicios de Salud en Venezuela	154
7. Burnout vs. Engagement	170
8. Representación gráfica del Diccionario Engagement-Burnout	170
9. Gráfico de la distribución de la Muestra por Sexo	173
10. Gráfico de la distribución de la Muestra por Edad	174
11. Gráfico de la distribución de la Muestra por antigüedad en el centro	175
12. Gráfico de la distribución de la Muestra por tipo de contrato	176
13. Gráfico de la distribución de la Muestra por país	177
14. Modelo Teórico de Condiciones de trabajo	179
15. Modelo Teórico de Bienestar Laboral General	181
16. Dimension 1 Significado del Trabajo y Carga Percibida de trabajo	252
17. Dimension 2 Significado Del Trabajo y Carga percibida de trabajo	254
18 Significado del trabajo según carga percibida de Trabajo	255
19. Dimensión 1 significado del trabajo y cuartiles Bienestar-Malestar	263
20. Dimensión 2 Significado del trabajo y cuartiles de Bienestar-Malestar	265
21. Significado del trabajo y cuartiles de Bienestar-Malestar	266
22. Dimensión 1 significado del trabajo por países	274
23. Dimensión 2 significado del trabajo por países	275
24. Significado del trabajo por países	276

Presentación

En mi carrera laboral, he tenido la oportunidad de conocer diversas organizaciones, ya sea trabajando en ellas, o participando en proyectos o consultorías. Trabajar en una organización es emocionante cuando un oficio te atrapa, te apasiona y te llena.

Cada experiencia ha significado un nuevo aprendizaje, cada organización tiene un mundo complejo de rituales, costumbres, su propia cultura, que para mí son partículas de Higgs. En las ciencias sociales tenemos muchas de estas partículas, retos por alcanzar en el mundo de la psicología social y la sociología del trabajo y de las organizaciones.

En mi etapa de investigadora, entre 2008-2012 desarrollé una primera fase en la Universidad de Salamanca, abordando campos como el de los valores laborales y la representación social del trabajo. En este contexto, llevé a cabo un estudio sobre el significado del trabajo en grupos de trabajadores mineros venezolanos. Desde 2010 y hasta hoy, he participado en los equipos del KOFARIPS y WONPUM en la Universidad Autónoma de Barcelona, dedicándome a temas como el cambio en el significado del trabajo y las profesiones, que tienen como producto la investigación que se presenta sobre el significado del trabajo en la profesión médica, realizado en un grupo de profesionales de la medicina de diversos países de Iberoamérica, en el convulsionado mundo de las reformas sanitarias de hoy.

Entre las múltiples experiencias y aprendizajes que he obtenido, de las cuales aprecio el tiempo dedicado para la investigación acerca del sentido del trabajo, las profesiones, el profesionalismo o los profesionales de la medicina, también me llevo el “*dejar hablar a las profesiones*”, el “auscultar los sentimientos de los médicos”, en fin el gran reto de cualquier estudio en las ciencias sociales y humanas, la inquietud de que la reflexión nos acerque un paso más de la transformación.

¡Espero y deseo que los lectores de este trabajo puedan disfrutar su lectura tanto como yo de su elaboración!

Introducción

El trabajo ha sido amplia y largamente estudiado desde las ciencias humanas, económicas y sociales. Desde la histórica distinción de Arendt entre *la labor y el trabajo*, pasando por el enfoque dicotómico religioso de *bendición o castigo*, hasta las invitaciones contemporáneas a encontrar la felicidad en el *engagement* han ido cambiando el mundo, el trabajo y las percepciones sobre él. La diversidad y la dinámica de los mundos laborales invitan a las ciencias del trabajo a implicarse en estudios sobre los nuevos significados del mismo, sobre los cambios en las profesiones y ocupaciones, sobre las visiones éticas o dilemáticas del profesionalismo, especialmente en ámbitos como el de la medicina.

Este estudio se propuso analizar y describir el significado del trabajo en la profesión médica en Iberoamérica, en el marco de los cambios en el contexto sanitario y del trabajo. La medicina, en tanto que profesión de asistencia a las personas, puesta al servicio de un enfoque inclusivo de “Salud para todos” (OMS, 2012), entra en dilemas éticos y deontológicos al ejercerse en un entorno gestionado con criterios *contables y mercantilistas*, que opera con indicadores como el *número de pacientes*, los *minutos por visita*, la atención al paciente tratado como “*cliente*” y las *recomendaciones* de las corporaciones farmacéuticas. Es este escenario, el acto médico en una consulta va dejando de ser un ritual de encuentro para transformarse en un medio de *dispensación de recetas*.

En España, en un contexto de escalada de recortes en sanidad, los profesionales de la medicina se convierten en protagonistas de la actualidad, unas veces por protestar contra los reajustes del sistema sanitario, otras por manifestar públicamente posicionamientos éticos, como el de las asociaciones de médicos de familia que se declararon objetores de conciencia ante el decreto político que niega el derecho a la asistencia sanitaria a los inmigrantes en situación irregular (Sahuquillo, 2012).

Por otra parte, los procesos de reformas modernizadoras de los sistemas de salud en los países de América Latina están lejos de lograr sus objetivos de mejorar la calidad de los servicios públicos de salud; lo que se hace patente cuando se compara la retórica de los proyectos con los resultados de sus implementaciones. En este entorno, resta un largo camino hacia la construcción de unas bases firmes sobre las que asentar unos sistemas de salud colectiva, con cobertura universal, infraestructura adecuada y servicios de calidad.

La investigación presente se propuso como objetivo general analizar y describir el significado del trabajo médico para los profesionales de la medicina iberoamericanos, en el marco de los cambios en el contexto del ejercicio de su profesión.

La tesis se estructura en dos partes dedicadas respectivamente al marco teórico y al estudio empírico. La primera de ellas incluye tres capítulos, que tratan básicamente del significado del trabajo, de la profesión médica y de los sistemas sanitarios de los países donde se realizó el trabajo de campo.

El capítulo 1 aborda el estudio del significado del trabajo y de la experiencia psicológica que implica mediante un recorrido por el mundo del trabajo como hecho social e histórico, por el concepto de trabajo, algunos constructos asociados, y los antecedentes y desarrollos del estudio del significado del trabajo y su articulación con el Profesionalismo. En el 2, se focaliza la temática de las profesiones, del profesionalismo y de la profesión médica, así como de sus cambios estructurales en el mundo contemporáneo. Y el 3 ofrece una breve panorámica de los sistemas de salud Iberoamericanos, mostrando la diversidad y heterogeneidad social y cultural existente en este conjunto de países.

Las características generales del diseño metodológico de la investigación empírica se presentan, en el capítulo 4. En el 5, se resume la información recogida mediante el análisis documental, así como los datos cuantitativos y cualitativos aportados por el estudio empírico. En el 6 se discuten estos resultados como base para las conclusiones generales del estudio, que finalizan con una propuesta de agenda para futuras investigaciones.

CAPÍTULO 1

**El significado del trabajo
en un entorno laboral cambiante**

“Nunca fue el trabajo más central en el proceso de creación de valor. Pero nunca fueron los trabajadores (prescindiendo de su cualificación) más vulnerables, ya que se han convertido en individuos aislados, subcontratados en una red flexible, cuyo horizonte es desconocido incluso para la misma red.”

Castells (1996, p.344)

“De hecho, las personas de mediana edad que pensaron que estarían desempleadas por unos pocos meses se han dado cuenta a esta altura de que, en realidad, fueron jubiladas a la fuerza. Los jóvenes graduados universitarios con decenas de miles de dólares de deuda en créditos educativos no podían encontrar ningún empleo. La gente se mudó a las casas de sus amigos y los parientes se han convertido en sin techo. Las casas compradas durante la burbuja inmobiliaria aún están en el mercado, o han sido vendidas con pérdidas.”

Stiglitz (2012)

1.1. El trabajo, hecho social e histórico

Siendo un tema de tanto interés en las ciencias sociales, del cual se ha dicho que “...se *dispersa, esconde, se transforma y construye socialmente*” (Castillo, 2000), “*es la actividad humana que absorbe más energías, pensamientos, emociones...*” (Blanch, 2012), “...*tiene un concepto amplio, más allá de lo clásico...*” (De la Garza, 2010), es una discusión viva. El trabajo se desarrolla en las dimensiones filosóficas, históricas, económicas, culturales y dentro de su multiconceptualidad se presenta con dos caras, la del esfuerzo y la realización, la de la necesidad y la creatividad. El trabajo, sin caer en el *fanatismo del trabajo* (Friedmann & Naville, 1961), hace del individuo un protagonista social, porque a través de él establece nuevas relaciones, completa ciclos socializadores y entre otras muchas recompensas, recibe recursos para su subsistencia. No obstante, así como proporciona satisfacción y felicidad también conlleva riesgos laborales cuando las condiciones que lo rodean son precarias, o malestar e insatisfacción cuando no se dispone de él, falta o es temporal.

En este capítulo, se hará un breve recorrido histórico para explorar la construcción histórica y la evolución del concepto del trabajo, sus representaciones, valoraciones y como se ha ido transformando desde su aparición como actividad asociada fundamentalmente a la supervivencia humana en las sociedades primitivas, pasando por las connotaciones degradantes que le infundieron algunos clásicos griegos y romanos, atravesando la dualidad del cristianismo, que lo concibió como castigo y virtud, hasta el gran vuelco que significó la ilustración y la revolución industrial en la constitución de una nueva cosmovisión del trabajo como factor de producción y centro de la vida del hombre.

En el antiguo Egipto, se delegaba en los esclavos las actividades más penosas, mientras que los ciudadanos y los sacerdotes, respectivamente, dedicaban su existencia a la creación, al desarrollo individual y cultural. En cuanto a la sociedad griega, existía la posibilidad de una existencia libre para un grupo de ciudadanos, pero a la mayoría sólo se le presentaba una opción de vida marcada por la esclavitud y la servidumbre. Filósofos como Aristóteles, esgrimieron una visión degradante de la actividad laboral, considerada innoble como medio de subsistencia y lejana a la virtud. Lo máspreciado para los ciudadanos era el poder de decidir en qué ocuparían su tiempo, en especial si era para el cultivo de las virtudes y la política (estar interesados en *la polis*), pero esto sólo se reservaba como privilegio para unos pocos (Pérez Adán, 1992; Prieto, 2000).

Los romanos también coincidieron en una posición de desprecio y desdén hacia el trabajo, a partir de la cual los esclavos destinaban la mayor parte de su tiempo a una actividad productiva, mientras el ocio era sólo alcanzable para una élite patricia dominante. En esta situación el trabajo no significaba estatus, ni privilegios, por el contrario disminuía las posibilidades de disfrutar del tiempo libre, al que sólo los nobles tenían derecho. En el contexto mencionado, trabajos como la arquitectura o la medicina se salvan del menosprecio general, debido a su condición de actividades liberales que requieren juicio y prudencia (Rodríguez, 1996; Arendt, 1958, Applebaum, 1992).

En el transcurso de una gran parte de la Edad Media, la riqueza se basó en la propiedad rural, que garantizaba la libertad personal, la influencia sociopolítica y proporcionaba privilegios para el clero y la nobleza. La organización social se derivaba de la posesión de las tierras. En las antiguas ciudades medievales sometidas a la autoridad de la Iglesia, hacían vida los monjes de los monasterios, maestros y estudiantes de las escuelas eclesiásticas, artesanos libres o no. Oficios como los de los artesanos o los que se encargaban de la usura fueron vistos con desprecio en esta época. Al aparecer la burguesía, la riqueza comercial, que no consistía ya en tierras, sino en dinero o en productos comerciales, cambiará el orden social y del trabajo. (Pirenne, 1972; Pérez Adán, 1992; Prieto, 2000)

El periodo de múltiples cambios que da paso desde el final de la Edad Media al comienzo de la Edad Moderna (Santos,1995.p.47, Méda, 2007), comprende un nuevo orden de ideas políticas que impactarán enormemente el concepto del trabajo (aparecerán los valores igualitarios y la idea de la propiedad privada producto del trabajo del individuo ya no propiedad del dueño de la tierra), las reformas religiosas (la influencia de la reforma aportará un sentido del trabajo como deber) y los cambios en las doctrinas económicas que preponderarán el concepto de trabajo, vinculándolo a la riqueza y concibiéndolo como medida de valor en el marco del desarrollo de diferentes ideologías políticas, entre las cuales toma fuerza el liberalismo.

Los cambios radicales que produce la influencia del pensamiento liberal ilustrado, van a modificar sustancialmente el lugar vejatorio dado al trabajo y sentarán las bases de un nuevo orden económico y social. Ahora quedan fuera del orden dominante los grupos que detentaron el poder en la Edad Media y “...*la actividad anterior de las clases privilegiadas, la de los grandes señores y el clero, pierde el lugar privilegiado que había ocupado y lo hace precisamente porque no es trabajo y deja de ser considerada, por lo tanto, como socialmente útil.*” (Prieto, 2000, p.25).

Durante la revolución industrial se experimenta una modificación drástica en las representaciones, actitudes y hábitos concernientes al trabajo, colocando al “hombre trabajador” y la ideología “laborocentrista” como foco del sistema capitalista, impactando para siempre los patrones de organización del tiempo y de prioridades vitales. (Blanch, 1990, p.155)

No obstante, la historia continúa y el trabajo comienza a perder fuerza en el ideario social moderno desde buena parte del siglo XX a nuestros días. La sociedad del trabajo entra en una imparable crisis, que comporta un cierto cuestionamiento de la centralidad del trabajo (Offe, 1984), la certidumbre de la incertidumbre (Beck, 1999), generada por las condiciones de flexibilidad o la fragmentación de la sociedad posmoderna (De la Garza, 2003), que no logra satisfacer la promesa del pleno empleo ni la del empleo digno para la mayoría. El modelo de centralidad del trabajo deja de explicar muchas realidades.

Las conceptualizaciones construidas alrededor del trabajo en las ciencias sociales y humanas cubren un amplio espectro, desde las clásicas concepciones cristianas del “*trabajo dignifica al hombre*”, pasando por “*el estigma de la clase esclava o sierva*” hasta los marcos legales universales que lo han declarado como “*un derecho constitucional*”. Pero las contradicciones dentro de la realidad del trabajo han estado históricamente presentes y magistralmente señaladas por Hanna Arendt (1958) al referirse a las diferencias entre *labor* (actividad de subsistencia) y *trabajo* (actividad creadora), la primera se refiere al esfuerzo, a veces doloroso, de nuestro cuerpo por satisfacer necesidades cotidianas de subsistencia y la segunda al esfuerzo de nuestras manos que fabrican la pura variedad interminable de cosas cuya suma total constituye el artificio humano.

1.2. Visiones y concepciones del Trabajo

Se hará un breve recorrido por las numerosas definiciones del trabajo, señalándose las aproximaciones: sociológica, antropológica, instrumental, intrínseca, normativa, integral o sistémica, y luego se formulará la definición correspondiente a la presente investigación.

1.2.1. Visiones

1-Sociológica. Desde los clásicos de las ciencias sociales se han sentado las bases teóricas de innumerables conceptos sobre el trabajo, en esta parte solo se reseñan los correspondientes a los tres principales clásicos sociológicos. Desde la perspectiva de Marx (1867) el trabajo es definido en términos de un proceso entre la naturaleza y el hombre, que regula y controla mediante su propia acción en un intercambio productivo. Su aporte es dotar de sentido político y económico al intercambio de mercancías, que es el núcleo del capitalismo así como sus reflexiones sobre la vertiente castigadora del trabajo.

Por su parte Durkheim (1982), formulará una de sus principales teorías fundamentándose en la función de la división social del trabajo, y mostrará la visión extrínseca e intrínseca del trabajo, colocándolo en el cenit del desarrollo humano, de modo que para el autor el trabajo “...*aumenta a la vez la fuerza productiva y la habilidad del trabajador, es la condición necesaria para el desenvolvimiento intelectual y material de las sociedades; es la fuente de la civilización*”. (Durkheim, 1982, p.58)

En el caso de Weber (1922), más allá de su concepto del trabajo como “*un servicio humano de naturaleza económica orientado por disposiciones*” (1922, p.87), su obra la *Ética Protestante y el espíritu del Capitalismo* (Weber,1905), constituye un hito en los estudios del trabajo al develar las influencias sociales y religiosas en la mentalidad económica de los actores sociales, estableciendo las diferencias sobre el Trabajo y la riqueza entre católicos y protestantes, y fundamentando como los protestantes “...*como oprimidos o como opresores, como mayoría o como minoría, han mostrado una específica tendencia hacia el racionalismo económico, que ni se daba ni se da del mismo modo entre los católicos...*” (1922, p.31).

2-Antropológica. En el marco de la antropología las conceptualizaciones le dan peso a la dimensión cultural que contiene el trabajo: *El trabajo humano es esfuerzo, una actividad energética, física o mental, dirigida a lograr una meta con referencia a las modalidades de conducta de una cultura específica o de una subcultura* (Gamst, 1995); también toman en cuenta los aspectos simbólicos y de representaciones reflejados en otros: “...conjunto de actividades, relaciones sociales, saberes y representaciones que se ponen en contribución para producir y distribuir bienes y servicios y para reproducir el proceso mismo por el que se crean y distribuyen tales bienes y servicios. La realización de todo trabajo implica organización, roles y normas, gasto de energía, esfuerzo, uso de técnicas, distribución del tiempo, intercambios.” (Comas, 1995. p.33) y finalmente en la visión de Applebaum (1992) al papel medular que constituye el trabajo en la vida institucional y relacional de la sociedad “...el trabajo es visto como la columna que estructura la vida de la gente, como ellos hacen contacto con la realidad social y material y como ellos logran estatus y autoestima. Como antropólogos estamos interesados en el trabajo por lo que nos dice de la sociedad, basado en el punto de vista que instituciones básicas afectan a todas las instituciones. El trabajo es básico para la condición humana, para la creación de un ambiente humano y para el contexto de las relaciones humanas”. (Applebaum, 1992, p.ix)

3-Instrumental. En esta vertiente se visualiza el trabajo como un medio para lograr objetivos o metas, que pueden ser económicas, sociales o psicológicas. Las definiciones utilitarias destacan los fines económicos del trabajo o su dimensión “*salarial o transaccional*”, como la de Colson (1924) según la cual el trabajo es el empleo que el hombre hace de sus fuerzas físicas y morales para la producción de riquezas o de servicios, la de Anderson y Rodin (1989) destaca los ingresos que se obtienen al trabajar o la de Dubin (1958) quien considera que trabajo es, un empleo continuo en la producción de bienes y servicios a cambio de remuneración.

4-Intrínseca

Diversos autores dan cuenta de un concepto de trabajo que realiza y proporciona satisfacciones a los seres humanos, no sólo de tipo económico, en esta línea Friedmann & Naville (1961, p.17) lo condiciona a la libre elección, pero otorgando relevancia a las esferas expresivas “*Todo trabajo que corresponde a una opción libremente consentida, a determinadas*

aptitudes, es un factor de equilibrio psicológico, de estructuración de la personalidad, de satisfacción durable, de felicidad.”

Otros enfocan la definición en los objetivos que se han logrado por medio del trabajo, el dominio del medio ambiente, la construcción de grandes ciudades o la superación de los límites de espacio-tiempo, como Neffa (1995, p.14) “...es solo gracias al trabajo que la humanidad va logrando hacer posible la superación de los límites que representan el tiempo y el espacio. El trabajo permite a los seres humanos trascender dichos límites, superar las fronteras geográficas y ser creadores de la historia”.

También tienen gran influencia en el imaginario social las vertientes teóricas de tradición cristiana católica y existen extensas referencias dentro de la cultura judeocristiana al trabajo como vocación. En documentos oficiales y encíclicas papales como la *Laborem Exercens*, la voluntad de Dios es que el trabajo ofrezca al hombre la posibilidad de proveerse un sostenimiento material, alcanzar el desarrollo de sus capacidades y elevación espiritual “Con su trabajo el hombre ha de procurarse el pan cotidiano, contribuir al continuo progreso de las ciencias y la técnica, y sobre todo a la incesante elevación cultural y moral de la sociedad en la que vive en comunidad con sus hermanos. Y «trabajo» significa todo tipo de acción realizada por el hombre independientemente de sus características o circunstancias; significa toda actividad humana que se puede o se debe reconocer como trabajo entre las múltiples actividades de las que el hombre es capaz y a las que está predispuesto por la naturaleza misma en virtud de su humanidad. Hecho a imagen y semejanza de Dios en el mundo visible y puesto en él para que dominase la tierra, el hombre está por ello, desde el principio, llamado al trabajo.” (Juan Pablo II, 1981).

5- Normativa

La visión normativa incluye una perspectiva del trabajo como deber y derecho. El trabajo como derecho forma parte de diversas constituciones y marcos legales en el mundo, además se estableció como Derecho Universal en el Artículo 23 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que consagra el derecho de toda persona al trabajo “1-Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.2-Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.3-Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será

completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.4-Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.” (Naciones Unidas, 1948)

La visión del trabajo como deber, ha sido abordada desde ámbitos como la sociología de la religión, en los estudios de Weber (1922) sobre las relaciones entre las creencias protestantes y la visión de la riqueza y el trabajo como valor salvador y deber religioso, así como por los estudiosos del trabajo como obligación social (Becker, 1980) o desde la llamada ciudadanía organizacional. En el caso de la relación con la ciudadanía organizacional, Kymlicka & Wayne (1995) establecen que desde las visiones de izquierda se considera que antes de imponer la obligación de trabajar, un enfoque de ciudadanía debe incluir tanto derechos como deberes en el trabajo, y creen que sólo se puede exigir el “deber” después que se tiene la seguridad y protección de un trabajo.

1.2.2. Concepto integrado

El trabajo no es sólo el medio para lograr bienes, retribuciones meramente económicas o estatus social, existen otras esferas que lo conforman (Warr, 1987; Peiró, Prieto y Roe, 1996; Blanch, 1990, 2003) que pueden ser ubicadas en definiciones más amplias, como la de Rodríguez y Martín (2001, p.65-66, en Agulló y Ovejero, 2001) *“El trabajo podría definirse, en una primera aproximación, como aquella obra o producto resultante de un actividad física o intelectual sometida a ciertas constricciones de tipo legal, técnico y normativo, que modifica, a su vez, la propia naturaleza del hombre. También puede definirse el trabajo sobre la base de las necesidades económicas que a él subyacen y que están en continua expansión, lo cual supone, como es obvio, cierta dependencia económica. Por último, las distintas filosofías del trabajo han venido entendiéndolo, bien como instrumento de salvación, bien como cualquier otra recompensa externa, o bien como algo intrínsecamente significativo, creador y satisfactorio en sí mismo.”*

Castillo (2000) propone un concepto que condense los postulados de la sociología británica y francesa, tomando como base la noción de Brown que exalta la dimensión humana del conocimiento presente en su ejercicio *“...trabajo significa cualquier actividad física o mental que transforma materiales en una forma más útil, provee o distribuye bienes o servicios a*

los demás, y extiende el conocimiento y el saber humano (...); una definición de trabajo, por tanto, incluye referencias tanto a la actividad como al propósito para el cual la actividad es llevada a cabo".

En esa misma línea se ubican las definiciones de trabajo de Blanch (2012) como *“una actividad humana, individual y colectiva, de carácter social, complejo, dinámico, cambiante e irreductible a una simple respuesta instintiva al imperativo biológico de la supervivencia material. Se distingue de cualquier otro tipo de práctica animal por su naturaleza reflexiva, consciente, propositiva, estratégica, instrumental y moral.”* (2012, p.15) o las de autores como Neffa (1995) que combinan factores intrínsecos y extrínsecos estableciendo *“...su naturaleza y significación hacen de él un derecho y una obligación social del cual dependen la reproducción de la especie humana, el progreso científico y tecnológico y el mejoramiento de las condiciones generales de vida. Es gracias al trabajo, actividad humana orientada hacia una finalidad-, que se pueden dominar las fuerzas de la naturaleza para extraer de ella los bienes o los objetos con los cuales es posible generar la producción de bienes y servicios necesarios para la reproducción de la especie humana. Es gracias al trabajo -que requiere un esfuerzo y por consiguiente es generador de fatiga- que hombres y mujeres actualizan y desarrollan su personalidad en todas sus dimensiones: el cuerpo, los sentidos, la vida de relación, el intelecto y la voluntad.”.* (Neffa, 1995, p.14)

La conceptualización de Peiró (1989) tiene la particularidad de visualizar el trabajo como una forma de ganarse la vida y como fuente portadora de satisfacciones de corte psicológico *“Conjunto de actividades humanas, retribuidas o no, de carácter productivo y creativo, que mediante el uso de técnicas, instrumentos, materias o informaciones disponibles, permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En dicha actividad la persona aporta energías, habilidades, conocimientos y otros diversos recursos y obtiene algún tipo de compensación material, psicológica y/o social”* (1989, p.163)

En sintonía con estos planteamientos, un modelo de bienestar como el de Warr (1987, 2007) inspira una visión ecológica del trabajo, partiendo de la analogía de los efectos de las vitaminas en la salud física de los organismos, el trabajo representa una fuente de bienestar y felicidad según el grado de presencia o ausencia de *provisiones vitamínicas*, como son: dinero, seguridad física, posición socialmente valorada, apoyo por la supervisión, perspectivas de carrera, equidad, oportunidades de control del entorno, ocasiones para el desarrollo de habilidades, finalidades generadas por el medio externo, variedad de alternativas, claridad ambiental, contextos para las relaciones interpersonales.

Al hacer un balance de lo que constituye el trabajo, sus complejidades y múltiples vertientes de interés para las ciencias sociales y humanísticas, el presente estudio parte de la sintonía con el concepto de Blanch (2012,p.18) un concepto de trabajo como *“un fenómeno poliédrico, la cristalización de un complejo proceso en el que interactúan los modos de producción de la vida material y las formas de ver, vivir y encauzar la existencia social y cultural: es decir, la economía, la política, la ideología y sus recíprocas influencias y determinaciones.”* y construye una definición propia para la presente investigación, un concepto de trabajo amplio, en el que se visualiza como ***una actividad dinámica, característicamente humana, que logra el intercambio de bienes y/o servicios para fines de satisfacción de necesidades tanto económicas como de desarrollo del potencial creativo, realización personal y social, pudiendo ser remunerada o no, y que implica un impacto cultural, social y político.***

En el marco de la construcción del concepto de trabajo es de utilidad también hacer distinciones entre el **trabajo, el empleo y el desempleo**. Contribuyen a clarificar las diferencias entre el trabajo y el empleo dos autores: por un lado Ghai (2002, p.1), quien sostiene que el **empleo** es *“el trabajo de todo tipo que tiene tanto una dimensión cualitativa como cuantitativa”*(Ghai, 2002.p.1) y Blanch (2001), que acentúa su dimensión transaccional y mercantil, pero sin olvidar las de carácter psicológico, definiéndolo como *“toda actividad humana individual, física y/o intelectual, de carácter económico, realizada consciente, deliberada, libre y públicamente, con el propósito de obtener algún beneficio distinto de la mera satisfacción derivable del desarrollo de la tarea, en el marco de una relación contractual de intercambio mercantil, establecida voluntariamente entre la persona trabajadora contratada –que vende su esfuerzo, tiempo, conocimientos, destrezas, habilidades, rendimientos y múltiple subordinación a imperativos funcionales de naturaleza técnica, jurídica, ecológica, contable, evaluativa, productiva, burocrática y organizacional- y la contratante que compra todo ello, a cambio de dinero y, eventualmente, además, de bienes y/o servicios”* (Blanch, 2001, p. 29).

A lo largo de su obra, Jahoda (1982) puso en evidencia las funciones que representa el empleo para los individuos así como los problemas psicológicos asociados al desempleo que se manifiesta en torno a la privación de estas experiencias. Lo esencial del argumento de Jahoda viene dado por las dos funciones que atribuye al empleo: (a) a nivel manifiesto, proporciona recursos para la subsistencia económica y (b), a nivel latente, satisface necesidades psicosociales, facilitando una serie de categorías de experiencia que son fuente de salud y bienestar, como la

estructura del tiempo cotidiano, los contactos sociales extra familiares, los roles, el status y la identidad sociolaborales, las metas supraindividuales y los cauces para la acción social (Jahoda, 1982). La disfunción latente se expresa según la autora en la deprivación de las experiencias extraeconómicas positivas (función expresiva) que suele conllevar el empleo y traerían como consecuencias las experiencias en mayor o menor grado de la desorganización existencial, de desorientación ideológica, de aislamiento social, crisis de identidad y déficit de planes de acción.

Neffa (2000) por su parte ha hecho hincapié en delimitar la **diferencia entre actividad y trabajo**, en términos de la finalidad productiva del trabajo y de la amplitud en el significado de las actividades. Las distingue planteando que la actividad es *“una noción muy amplia, que expresa todo el dinamismo de la naturaleza humana, siendo el trabajo solo una de ellas, al lado de las actividades desarrolladas en las esferas domésticas, educativas, culturales, deportivas, sindicales, políticas, etc. El trabajo es una actividad, realizada por las personas, orientada hacia una finalidad, que es la producción de un bien, o la prestación de un servicio, que da lugar a una realidad objetiva, que es exterior e independiente del sujeto, y es socialmente útil para la satisfacción de una necesidad.”* (Neffa, 2000, p.4).

Son múltiples las tipologías de trabajo que pueden encontrarse en las Ciencias Sociales. Dentro de su variedad algunas promueven las condiciones dignas de trabajo como la del International Institute for Labour Studies (Ghai, 2002) que distingue entre el trabajo decente y otros tipos de ocupaciones, definiendo el trabajo decente como el que *“promueve las oportunidades para hombres y mujeres para obtener un trabajo productivo y decente, en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana.”* Otras tipologías se centran en lo histórico, como la que propone Freyssinet (1991 y 1996) citado por Neffa (2003) con los tipos de trabajo: mercantil y no mercantil, el trabajo libre (no por la servidumbre con los propietarios terratenientes), el trabajo asalariado y el trabajo forzado. También se muestra una taxonomía que incluye una amplia diversidad de tipologías que representan la polisemia de la realidad, la precariedad y la crudeza de las situaciones de desempleo y subempleo, como es la de Blanch (2012), tal como se aprecian en la Tabla N° 1.

Tabla N° 1: Tipología de situaciones ocupacionales (Blanch, 2012)		
Población laboralmente activa	autoempleada	Interviene en el proceso productivo, trabajando por cuenta propia
	empleada	Trabaja por cuenta ajena, asalariadamente y con contrato regular
	subempleada	Ocupa un puesto de trabajo de rango inferior a su categoría profesional y/o en condiciones de precariedad contractual, salarial, y/o temporal
	desempleada	Desea y busca un empleo del que carece, teniendo edad, capacidad y disponibilidad para la actividad laboral, según consta en el servicio de colocación correspondiente
Población laboralmente inactiva	preactiva	Está en minoría de edad laboral o mantiene el estatus de “ <i>estudiante</i> ”
	pasiva	Consume, tiene edad y capacidad para estar laboralmente ocupada; pero ni está empleada, ni procura ni desea estarlo
	paraactiva	Ejecuta <i>labores del hogar</i> y, por ello, participa más o menos activa y directamente en el proceso productivo; siendo, sin embargo, oficialmente categorizada como ajena al mundo laboral
	desanimada	Está en condiciones de ocupar un puesto de trabajo; pero se resigna a la inactividad, desesperanzada de encontrar un empleo, que ya ha dejado de buscar
	inactivable	Padece alguna discapacidad que la inhabilita para la actividad laboral convencional
	postactiva	Disfruta de la jubilación o de la edad de retiro laboral

1.3. Las nuevas realidades del trabajo

En las últimas décadas numerosos eventos han tenido lugar en el mundo con amplias repercusiones en la dinámica y el sentido del trabajo. La globalización, la crisis de la sociedad del bienestar, el impacto de la tecnología y la sociedad del conocimiento, las nuevas formas de organización del trabajo han marcado tendencias como la fragmentación de identidades, la pérdida de la centralidad del trabajo, la crisis del profesionalismo y de los valores tradicionales alrededor del trabajo, así como la construcción de nuevos significados en medio de trayectorias laborales totalmente zigzagueantes.

La globalización

Los descontentos de la globalización (Sassen, 1998), *las realidades de la sociedad postradicional* (Giddens, 1994) o *la globalización asimétrica* (Castells, 2006) son términos acuñados con el fin de captar o reflejar las desigualdades del mundo interconectado, hipercomunicado y maxi informado de hoy. La globalización presenta dos caras, en su faceta amable se exaltan sus ventajas, las nuevas inversiones que desencadena, la movilidad, el aumento de la calidad de vida; y en su perfil amargo, es copartícipe de una sociedad donde crecen las desigualdades y aumenta el empleo deslocalizado, precarizado y fragilizado.

Sassen (1998), en su análisis de los dilemas de la globalización, esboza la necesidad en la nueva estructura, de operaciones integradas globalmente en lugares centrales, donde el trabajo se realiza y refleja, como los trabajadores altamente educados en las ciudades globales ven crecer sus ingresos astronómicamente, mientras los trabajadores poco o medianamente calificados observan el hundimiento de sus retribuciones. En sintonía con esto se construyen nuevas identidades para la mano de obra “...*Las ciudades más importantes han emergido como sitios estratégicos no sólo para el capital global, sino también para la transnacionalización de la mano de obra y para la formación de identidades transnacionales.*” (Sassen, 1998, p.28)

Crisis del modelo de pleno empleo y permanencia de la precariedad

La crisis económica mundial contemporánea no tiene precedentes, a excepción de la gran depresión de los años 30. Las economías de altos ingresos se han resquebrajado con la crisis económica en los EE.UU. y con la entrada en recesión de la U.E. ya a partir de finales del 2008 (Naudé, 2009). Con el contagio de la crisis entre las grandes potencias, en general los reportes de los organismos internacionales (FMI, 2010; Banco Mundial, 2011) proyectan empleos temporales convertidos en desempleo, el empeoramiento de las proyecciones mundiales del crecimiento y el aumento del desempleo.

Las transformaciones globales han traído como consecuencia la omnipresente precarización del empleo y la degradación de las condiciones de trabajo, que pueden ser confirmadas a través de indicadores mundiales como el crecimiento del desempleo, la extensión del sector informal, la intensificación del trabajo y la pérdida de referencias de los oficios, entre otros (Périlleux, 2008)

Las noticias sobre el desempleo no dejan de reflejar la realidad de su aumento y la crisis laboral que le acompaña, de eso dan cuenta las cifras en Estados Unidos de América en 2009 *“los Estados Unidos han perdido ya más de 2,5 millones, y pierden todavía unos 600.000 más cada mes, ritmo que es probable que se mantenga. Al mismo tiempo, cada año se incorporan al mercado de trabajo casi 2 millones de personas. Así pues, nos encontramos con que hay ya un déficit de 5 millones de empleos, al que se añadirán otros 2 o 3 millones más en los dos años próximos...”* (Stiglitz, 2009, p.6); y en Europa, los indicadores de Eurostat (2012) publican tasas promedio de desempleo para España y Grecia alrededor del 20% y en el caso de Irlanda rondando el 14%.

Flexibilización de los mercados de trabajo

Si bien en épocas de pleno empleo o en economías estables, cada vez menos frecuentes pero no por eso menos añoradas, la flexibilidad representa la posibilidad de generar empleo y reactivar la competitividad de la economía, la volátil situación mundial también permite ver otra cara en los mercados laborales flexibles, representada por la realidad de los trabajadores que no cuentan con estabilidad laboral y cuyo empleo se caracteriza por elevados niveles de inseguridad (Weller, 2007). La flexibilidad es definida por Camacho (2008, p.25) desde la realidad perversa de la deshumanización del trabajo como *“el proceso mediante el cual se desregulan las condiciones de trabajo, convirtiendo en inestables e*

inconvenientes —para la mayoría de los trabajadores— los términos contractuales, de jornada y de remuneración, asuntos que anteriormente eran un poco más estables y garantizaban una mínima protección.”

En América Latina la crisis económica internacional impactará significativamente los mercados laborales de la región (Cruces y Han, 2010, p.25), en términos de medidas de flexibilización entendidas como la reducción de la calidad del empleo, ya implementadas en la década anterior, que amplificarán el impacto de la crisis en el empleo, con consecuencias negativas tanto en términos de eficiencia como de equidad, afectando el vínculo entre empleados y empleadores y asestando el golpe más duro hacia los trabajadores informales, los desempleados y aquellos en puestos más precarios.

Los grandes cambios tecnológicos y la sociedad del conocimiento

La *relocalización*, lo *glocal*, son términos creados para reflejar las consecuencias de la globalización asimétrica (Castells, 2006), que ha llevado al mundo a un estado agitado de nuevas realidades y exigencias económicas en el siglo XXI, que incluye la producción de software, la gestión del conocimiento, el procesamiento de información para cualquier parte del mundo, y la especialización en procesos de tratamiento de materiales. La tecnología se desarrolla en los centros de poder y hace del conocimiento un arma imprescindible, que puede conllevar tanto el bienestar como la desigualdad social. Por ello *“el poder, la riqueza y el bienestar de las sociedades dependen fundamentalmente de la ciencia y la tecnología. Lo cual no resuelve los problemas sociales del reparto desigual de esa riqueza o de los usos destructivos del poder”* (Castells, 2006, p.216)

El mundo ha pasado ya por las 5 revoluciones tecnológicas (Pérez, 2009, 2010): Primera: La Revolución Industrial; Segunda: La era del vapor y los ferrocarriles; Tercera: la era de acero, la electricidad y la ingeniería pesada; Cuarta: La Era del Petróleo, la producción de automóviles y la producción masiva; Quinta: La Era de la Información y telecomunicaciones). La era de la información y de las telecomunicaciones que se desarrolla significa el uso de las telecomunicaciones digitales mundiales (cable, fibra óptica, radio y satélite); Internet y sus servicios, pero ahora el mundo debe prepararse para adquirir capacidades que le permitan gestionar las nuevas realidades en la próxima revolución tecnológica, con protagonistas como la biotecnología asistida por el computador, la nanotecnología o la bio-electrónica (Pérez, 2009, 2010)

Detrás de las grandes autopistas de la información, avances e interconexiones a velocidad trepidante, no solo existen diferencias de desarrollo humano y pobreza (Cabero, 2001) sino que se está ampliando la separación entre los países ricos y pobres, con lo cual la tecnología y el poder que generan las nuevas tecnologías presentan la ambivalencia de potenciar el desarrollo personal y social, mayores niveles de calidad de vida y a su vez pueden contribuir a la exclusión y diferenciación social.

Nuevas formas de organización del trabajo.

A nivel de las grandes empresas, el impacto de las tecnologías de información y comunicación sobre la naturaleza del trabajo y su organización (Zuboff, 1988) ha cambiado las tareas, las habilidades y las formas de aprendizaje de forma considerable.

En las últimas décadas se han presentado procesos y transiciones organizacionales y de gestión que han dominado el mundo del trabajo y originado modificaciones en sus tendencias y patrones de funcionamiento, como la reducción del tamaño de las organizaciones (downsizing), la reestructuración y la privatización (Sparrow y Cooper, 1998); la auto-organización, la auto gerencia y la descentralización (Malone, 2004); se ha pasado de la realidad del trabajo en equipo (Kozlowski & Bell, 2001) a la necesidad de los equipos virtuales (Watson-Manheim, Crowston & Chudoba, 2002); las prevalencia de arquitecturas horizontales y el trabajo en redes.

1.4 Efectos psicosociales de la metamorfosis del Trabajo

Fragmentación de identidades.

La dinámica en la sociedad mundial tardo moderna ha acarreado innumerables consecuencias para el ser social, como el desvanecimiento de la relación laboral y biográfica (Beck, 1999), modificaciones en las representaciones y construcciones simbólicas del trabajo y el consumo (Bauman, 2000), así como el redimensionamiento a escala global de la cotidianidad y de los estilos de vida conforme la tradición pierde su apoyo (Giddens, 1991). De acuerdo con Castells (1997) en el marco de la transformación del mundo postindustrial se producen dos modificaciones fundamentales: la individualización del trabajo y la fragmentación de las sociedades, pero en una situación contradictoria de pérdida y recuperación de la identidad, tal como dice: *“La identidad se está convirtiendo en la principal y a veces única, fuente de significado en un periodo histórico caracterizado por una amplia estructuración de las organizaciones, deslegitimación de las instituciones, desaparición de los principales movimientos sociales y expresiones culturales efímeras....Nuestras sociedades se estructuran cada vez más en torno a una oposición bipolar entre la red y el yo.”* (Castells, 1997, p.33)

Una de las consecuencias de las nuevas condiciones laborales en la vivencia personal y social es el modelo de inestabilidad del empleo, que conlleva una “compleja amalgama integrada por personas desempleadas y subempleadas, que roza los márgenes del sistema, ubicada en los espacios sociales que abarcan la vulnerabilidad, la indefensión y la exclusión”. (Blanch, 2003). La merma de la continuidad en las relaciones laborales, la inseguridad de la relación de trabajo, las condiciones cada vez más frágiles y temporales marcan la hoja de vida de un número de trabajadores cada vez mayor. Lo que antes parecía ser solo la desgracia de unos pocos es ahora una nueva realidad incluso para los más preparados.

Cuestionamiento de la Centralidad del trabajo.

Discusiones como “la crisis de la sociedad del trabajo”, (Gorz, 1991), “el fin del trabajo” (Rifkin, 1994), o “la desaparición de la sociedad del trabajo” (Offe, 1984), han estado muy presentes en las ciencias sociales y del trabajo desde los años 70 hasta nuestros días.

Algunas de estas visiones reflejan la vigencia de cambios que comenzaron hace décadas, pero otras han sido refutadas por la propia realidad. El trabajo como esfera social en realidad no desaparece, se transforma constantemente, así sea para precarizarse, temporalizarse, tercerizarse o aparecer como un oasis en sitios como el Medio Oriente (Emiratos Árabes, Qatar)...el trabajo sigue estando allí.

El trabajo, como el lenguaje o la inteligencia en el ser humano, constituye un factor diferenciador de su ser social. En el presente capítulo se explicarán dos de los planteamientos sobre la centralidad del trabajo. Una posición sostiene la pérdida de la centralidad del trabajo (Rifkin, 1994; Gorz, 1991; Offe, 1984), muestra que el trabajo se ha vuelto periférico y tiende a desaparecer; la otra visión mantiene la vigencia de la centralidad del Trabajo en las sociedades, a pesar de los cambios en su extensión o modalidades, y su continuidad como una categoría decisiva en la vida económica y social del ser humano (Antúnes, 2000; Prieto, 2000; Blanch, 2006a).

En la primera visión, los autores decretan “el fin del trabajo” (Rifkin, 1994), “la pérdida de la centralidad del trabajo” (Gorz, 1991). Se alude al fin de la era del pleno empleo, base del Estado de bienestar, es un cambio de un modelo que conlleva al fin del laborocentrismo. Es una nueva configuración en los escenarios sociales e históricos, en la cual la tendencia de los individuos es buscar otras fuentes de identidad y de centralidad, un nuevo mundo en que el significado del trabajo cambiará para convertirse solo en una entre tantas esferas de la vida.

Gorz (1991) en su obra la *Metamorfosis del trabajo* construye un diagnóstico sombrío del mundo del trabajo en el cual las sofisticadas tecnologías de la información y comunicación sustituirán a los seres humanos y ocasionarán la pérdida del trabajo bien remunerado, así mismo en su visión, la reingeniería será utilizada para adaptar la estructura de las empresas a estos cambios, lo que traerá entre otras consecuencias la economización del tiempo de trabajo, que no deberá usarse para laborar, porque desde su perspectiva el trabajo está alienado y es objeto mercancía.

Según Gorz (1991) ya que la sociedad moderna ha entrado en crisis, lo que conocemos como trabajo ha cambiado irreductiblemente, desactualizando tanto las creencias sobre el trabajo creadas en el periodo moderno como su propia ética. De acuerdo con el autor vienés, no se justifica el que se tenga que trabajar y surge la necesidad de declarar *la liberación del trabajo* con fines económicos, porque en definitiva la modernidad lo inventó y situó en un lugar privilegiado “*Lo que nosotros llamamos trabajo es una invención de la modernidad. La forma en que lo conocemos, lo practicamos y lo*

situamos en el centro de la vida individual y social fue inventada y luego generalizada con el industrialismo. “(Gorz, 1991, p.25)

Por su parte Offe (1984, p. 48) pone énfasis en la pérdida de la unicidad del trabajo y a la resignificación que se experimenta en el mundo social, debido al cambio de la centralidad del trabajo, por eso afirma “...*las actividades sociales convencionalmente designadas como trabajo en la actualidad ni tienen en común un concepto subyacente de racionalidad ni presentan características empíricas coincidentes y no solo en este sentido el trabajo resulta objetivamente amorfo, sino que además, desde el punto de vista subjetivo, se ha vuelto periférico...*” Offe (1984, p. 48)

En lo que se refiere a Rifkin (1994), otro de los ideólogos de la corriente del fin del trabajo más criticados, sus argumentaciones giran en torno a visiones apocalípticas de las sociedades *empleístas*, que contradicen algunas de las teorías más optimistas de los teóricos de la globalización, y se sustentan en la creencia que el avance indetenible de las tecnologías de la información irá eliminando el empleo y no creará nuevos sectores, por eso afirma “*En la actualidad por primera vez, el trabajo humano está siendo paulatina y sistemáticamente eliminado del proceso de producción. En menos de un siglo, el trabajo masivo en los sectores de consumo quedará probablemente muy reducido en casi todas las naciones industrializadas.*” (Rifkin, 1996, p.23)

Este autor expone el lado más oscuro de las preocupaciones sobre el fin del trabajo, aludiendo a los numerosos contingentes de desempleados y los ejemplos de las empresas que han reducido sus nóminas, al respecto dice “...*La sociedad sin trabajo representa la idea de un futuro poco halagüeño de desempleo afectando a un sinnúmero de seres humanos y de pérdidas masivas de puestos de trabajo, agravado por una mayor desazón social e innumerables disturbios...En realidad entramos en un nuevo periodo de la historia, en el que las máquinas sustituyen, cada vez más, a los seres humanos en los procesos de fabricación, de venta, de creación y de suministro de servicios.*” “(Rifkin, 1994,p.33)

Como contrapunto de estas tesis del fin del trabajo no sólo se encuentra la realidad de los mercados emergentes de países como Brasil, India o China, sino también las posiciones de autores como De la Garza (2010, p.28-29) que critican la superficialidad de los planteamientos de Rifkin (1994), plantean la existencia y difusión de políticas corporativas de búsqueda de identificación del empleado que contradicen el planteamiento de fin de la centralidad de Offe (1984) o el incumplimiento de las predicciones de autores como Gorz (1991) sobre el no trabajo o el tiempo libre y sostiene que en realidad las reformas liberales y la reestructuración productiva han

llevado a la polarización o la precarización del trabajo pero no a su abolición.

En la otra visión, que persiste en la importancia del trabajo, en contraparte a las formulaciones anteriores, se sitúan autores como De la Garza (2010); Antúnes (2000); Prieto (2000) y Blanch (2012). De La Garza establece claramente que *“La vida laboral es importante para la mayoría de la población mundial, aunque ahora se presente en formas nuevas. Además, los límites entre mundo del trabajo y extralaboral han sido también contruidos socialmente.”* (De La Garza, 2010.p.34).

Para Antúnes (2001) el trabajo y el universo social que se construye a su alrededor todavía tiene sentido y confía incluso en las luchas emancipatorias que se puedan manifestar en ese ámbito: *“Nuestra hipótesis es la de que, a pesar de la heterogeneización, complejización y fragmentación de la clase obrera, la posibilidad de una efectiva emancipación humana aún puede ser concretada y viabilizada socialmente a partir de revueltas y rebeliones que se originan centralmente en el mundo del trabajo; un proceso de emancipación simultáneamente del trabajo, en el trabajo y por el trabajo”.* (Antunes, 2000, p.91)

En el caso de Blanch (2012) fundamenta teórica e históricamente la crisis del modelo laboral moderno, pero acota la permanencia de una *visión salvadora* del trabajo en las representaciones del colectivo, en la forma del empleo *“El empleo sigue apareciendo como la panacea social universal, y el desempleo como la caja de Pandora de la que emanan todos los problemas individuales y colectivos, psicológicos y sociales...”* (Blanch, 2012, p.87).

Crisis del profesionalismo y emergencia de nuevos valores

Si como decía Bell *“El corazón de la sociedad postindustrial es la clase profesional”*, los profesionales están en el centro de las transformaciones que se manifiestan en la sociedad tardo moderna. La globalización conlleva numerosos cambios en las demandas psicológicas a la fuerza de trabajo, entre otros la flexibilización, nuevas exigencias en las competencias laborales, cambios en el significado del trabajo (Wilpert, 2009).

En ese contexto el trabajador entra en cuestionamiento de sus expectativas, valores y principios acerca del contrato laboral, que en algunos casos le hacen individualizarse y aislarse y en otros que tienda a apoyarse en su red social, para afrontar las consecuencias de la nueva realidad.

A través de la profesionalización se institucionalizó el conocimiento y se establecieron carreras y licenciaturas que dominaron el panorama laboral, en fin, el conocimiento logró una estructura formal. Sin embargo, hoy en día los títulos, las profesiones no son suficientes para acceder al mercado de trabajo y aquellos que consiguen insertarse están en permanente cuestionamiento a los conocimientos que adquirieron en su formación profesional. ¿Están las profesiones preparadas para enfrentar los cambios del mundo globalizado? ¿Los valores del profesionalismo están en sintonía con los de las nuevas sociedades del trabajo? Las relaciones entre profesionalismo y trabajo han sido poco abordadas (Abbott, 1988), aunque ambos aspectos estén íntimamente vinculados. El profesionalismo puede significar desde un punto de vista el rescate de los valores de la profesión, pero desde otra óptica también puede ser utilizado como ideología para apoyar políticas poco beneficiosas para los trabajadores en interpretaciones como la ética del nuevo espíritu del capitalismo (Boltanski & Chiapello, 1999).

1.5. Emergencia de una nueva subjetividad laboral

En la era de la globalización los mecanismos de reorganización del trabajo se han multiplicado y las empresas se gestionan a través de la descentralización de servicios, la subcontratación, el trabajo por proyectos, el outsourcing o la tercerización, la flexicontratación, entre otros. Se están creando formas alternativas de trabajo y de relaciones laborales, como las que señala Caamaño (2005), la tercerización, la intermediación laboral, el teletrabajo y varios tipos de trabajo autónomo. A esto el autor agrega los distintos tipos de trabajo “atípicos”, como son: a) el contrato de trabajo a plazo fijo y el contrato de trabajo por obra, faena o servicio; b) el trabajo a domicilio; c) el teletrabajo; d) la subcontratación de servicios personales, también denominada suministro de trabajadores o trabajo temporal, y el contrato de trabajo a tiempo parcial, que traen como consecuencia nuevos marcos legales, contractuales y éticos así como otras dimensiones en la experiencia del trabajador.

Gracia, Martínez-Tur y Peiró (2001, p.173) describen en sus planteamientos un escenario lleno de controversias para el futuro de las organizaciones, que coexisten a diferentes niveles, en el cual se exigirá mayor polivalencia y adaptación permanente de las habilidades del trabajador a los nuevos modelos productivos.

Las expectativas, los sentimientos y las actitudes del trabajador cambiarán en mayor o menor medida en el marco de las nuevas relaciones de trabajo y la estructuración del tiempo, lugar y espacio destinados a ello. Se elimina o minimiza la linealidad de la contratación, se modifica la duración o los tiempos de dedicación a los trabajos, se coloca al trabajador a la expectativa constante de un nuevo o mejor contrato, cambia su rol de empleado a contratado, temporal o tercerizado, lo que a su vez disminuye los beneficios asociados a su protección social y médica.

Construcción de nuevas trayectorias laborales.

Las trayectorias laborales contribuyen a configurar la identidad del individuo, pueden reforzar o debilitar su autoestima, apoyar su vida colectiva o aislarlo. Explicado magistralmente por Sennet (2000) a través del término las biografías fragmentadas, las trayectorias de hoy ya no son lo que eran en el pasado, mientras las carreras son frecuentemente sustituidas por “*proyectos*”, explica “*En el ámbito del trabajo, la carrera*

tradicional que avanza paso a paso por los corredores de una o dos instituciones se está debilitando. Lo mismo ocurre con el despliegue de un solo juego de cualificaciones a lo largo de una vida de trabajo”. Sennet (2000)

Aumento de riesgos psicosociales

Estudios como los del *European Survey on Working Conditions* (Unión Europea, 2010) ofrecen información sobre las condiciones de trabajo en Europa y los riesgos derivados de ellas, estableciendo entre otros hallazgos, que la intensidad en el trabajo tiene un nivel muy alto en los países europeos, que existe un elevado número de europeos que no se siente confiado en mantener su trabajo actual hasta los 60 años, que sigue creciendo el nivel de temporalidad en los contratos de trabajo y que aumenta la preocupación de los trabajadores temporales de perder su empleo.

Las nuevas condiciones laborales en la sociedad tardo-moderna, se han constituido en factores de riesgo psicosocial del trabajo, afectando la salud y el bienestar del individuo. La exposición a factores de riesgos como la sobrecarga laboral o estresores diversos en los ambientes de trabajo como la inestabilidad o la presión laboral, acarrearán desequilibrios que pueden ocasionar un amplio espectro de consecuencias entre otras: malestar, inseguridad, insatisfacción, ansiedad, estrés y finalmente síndromes más complejos como el burnout.

Todos los aspectos que se han mencionado deben ser contextualizados en las realidades de los países iberoamericanos que se estudian, considerando que cada uno de ellos aporta información para la comprensión de la realidad global y móvil que rodea la presente investigación. El diagnóstico es necesario, pero también las propuestas para cambiar la realidad existente, se debe avanzar en vías de superar las desigualdades del mundo laboral, y escuchar alertas como las que plantea De la Garza (2010) quien sugiere algunas ideas en torno a *la fragmentación* de realidades o *la liquidez* de las situaciones, acotando que si bien son ejes conceptuales útiles y reflejan la crudeza de la realidad flexible también pueden impedir ver más allá al “*acentuar el discurso y ser poco propositivos.*” (De la Garza, 2010, p.67)

1.6 Riesgos psicosociales de las reformas modernizadoras

Siendo el mundo del trabajo un escenario fundamental de la configuración psicológica de las personas, los cambios en el mismo repercuten en la construcción de la subjetividad (Wilpert, 2009; Blanch & Cantera, 2008). Por ello la psicología social del trabajo da cuenta de lo que estas transformaciones comportan para la salud, la calidad de vida y el bienestar subjetivo (Agulló et al, 2012; Álvaro, 1992; Blanch, 2003; 2007; Quick & Tetrick, 2003; Warr, 2007). Uno de los referenciales teóricos fundamentales para comprender la relación entre trabajo, salud y bienestar es el de *condiciones de trabajo*, concebidas como el *conjunto de las circunstancias y características ecológicas, materiales, técnicas, económicas, sociales, políticas, jurídicas y organizacionales en el marco de las cuales se desarrollan la actividad y las relaciones laborales* (Blanch Sahagún & Cervantes, 2010). Asociado al de condiciones de trabajo, el constructo *calidad de vida laboral* remite al *grado de satisfacción y bienestar físico, psicológico y social experimentado por las personas en su puesto de trabajo. Abarca una doble dimensión: objetiva, relacionada con las condiciones económicas, jurídicas, sociales, ecológicas, materiales y técnicas de trabajo, y subjetiva, asociada a las percepciones y valoraciones relativas a la propia experiencia laboral y a su contribución al desarrollo personal* (Blanch, 2007).

Las reformas modernizadoras de los sistemas de salud, que son necesarias en los escenarios de pobreza, fragilidad de los sistemas de cobertura y asistencia, politización de las estructuras de salud, burocratización en muchos de los países de América Latina, cuando solo atienden a criterios economicistas (Homedes & Ugalde, 2005a), comportan un complejo proceso de mercantilización de los centros y servicios que constituyen el escenario de la actividad laboral de los profesionales de la medicina. Estas reformas, diseñadas en aras de una mayor efectividad y eficiencia del sistema sanitario, ocasionan también cambios en las condiciones de trabajo y las consiguientes repercusiones en el bienestar laboral de los profesionales implicados (Ansoleaga, Toro, Stecher, Godoy & Blanch, 2011; Blanch & Stecher, 2009; Blanch, Crespo & Sahagún, 2012).

Los efectos observados ponen de manifiesto lo que las *condiciones de trabajo* conllevan de *factores de riesgo laboral* (de amenaza para la salud, la seguridad y el bienestar en el trabajo), y más concretamente de *factores de riesgo psicosocial* (de probabilidad de producción de un daño psicosocial como consecuencia del entorno de trabajo).

Desde los observatorios de la *Agencia Europea de la Salud y de la Seguridad en el Trabajo* (2003; 2007. <http://www.osha.europa.eu>) y de la *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (<http://www.eurofound.eu.int/ewco/surveys/index.htm>), se detecta una distribución variable de los diversos tipos de riesgos psicosociales según sectores profesionales. A ese respecto, los profesionales de la medicina y los trabajadores de la salud en general se caracterizan por desarrollar un trabajo marcado por su alta carga de exigencias emocionales y cognitivas y por sus momentos de elevada *intensidad* objetiva; esto es, por una actividad laboral *estresante*, precisamente por ser ejecutada en un tiempo signado por la presión, la rapidez, la prisa y la urgencia. Esta intensidad vivida suele ir asociada a la percepción de *sobrecarga de trabajo*; que remite a una experiencia de *exceso de tarea*, realizada en circunstancias a veces *difíciles* y a menudo con la percepción de *falta de tiempo para acabarla o para ejecutarla adecuadamente*. Precisamente los resúmenes de los últimos informes de Eurofound sobre *las Condiciones de Trabajo en Europa* señalan el *sobretabajo (overwork)* -o la *sobrecarga de trabajo (work overload)*- como el principal agente *estresor* laboral. Y es teniendo en cuenta esta compleja combinación de circunstancias que se vienen considerando las condiciones del trabajo médico como potencial caldo de cultivo del *burnout* (Gil Monte & Marín, 2007; Blanch, 2011, Blanch, Crespo & Sahagún, 2012; Ansoleaga, Toro, Stecher, Godoy & Blanch, 2011); pero también como oportunidad de experiencias laborales psicológicamente *positivas* (Salanova & Schaufeli, 2009).

El Modelo *Demandas- Recursos Laborales (The Job Demands - Resources model)* de *Burnout* (Bakker, & Demerouti, 2007) destaca la importancia del interjuego *demandas-recursos* como predictor del *burnout*. Según el modelo, este síndrome resulta de la insuficiencia de recursos (competencias, control, autoeficacia, apoyo social, seguridad, etc.) para satisfacer las demandas de trabajo (carga física, cognitiva, emocional, temporal, etc.). Según Salanova & Schaufeli (2009; Salanova, 2009), el modelo abre la puerta a dos tipos de efectos de signo contrapuesto: (a) al deterioro de la salud y a la vivencia de malestar característicos del *burnout*, que comporta además desvinculación del trabajo e indiferencia hacia la organización (*disengagement*), y (b) los de signo positivo, derivados de la adecuación de los recursos a la demanda, que conllevan un refuerzo de la salud, una mejora del bienestar psicológico y una motivación a la vinculación y compromiso (*engagement*) con el trabajo y con la organización. En resumen, el modelo da cuenta de las complejas relaciones entre la demanda organizacional y la respuesta personal, y más en general,

de la influencia directa de las condiciones de trabajo sobre la salud y el bienestar de las personas trabajadoras.

1.7. Significado del trabajo

El trabajo es una realidad vinculada a la situación social, económica, política e histórica que lo rodea. La crisis económica mundial, ha conllevado consecuencias entre las que sobresalen la disminución de oportunidades para los que por primera vez acceden al mercado laboral (Bell y Blanchflower, 2010), el aumento de la precarización (Cranford, Vosko y Zukewich, 2003; Acevedo, 2011) y el acrecentamiento de las tasas de desempleo. En este marco el significado del trabajo es un campo de reflexión sobre la constitución y transformación del sentido y las construcciones sociales y profesionales del trabajo, que impacta el contexto y que simultáneamente es transformado por los escenarios sociales e históricos (Blanch, 2012; Wilpert, 2009)

Transformaciones determinantes han ocurrido en el campo laboral tardo moderno, la mayor participación de la mujer y el cambio en los roles tradicionales de género (Cantera, Cubells, Martínez, Blanch, 2009; Todaro y Yáñez, 2004), los nuevos significados otorgados al dinero (Furnham, Tang y Davis, 2002), la preponderancia de factores como la calidad de vida o la familia en la jerarquización de lo importante para los empleados (Allis y O'Driscoll, 2008; Dallimore y Mickel, 2006; Baghban, Malekiha y Fatehizade, 2010), son algunos de los hechos que han tenido consecuencias en las cosmovisiones del trabajo. La globalización impone crecientes demandas psicológicas a los individuos (Wilpert, 2009) y complejiza su relación con el trabajo, generándose formas diversas de afrontamiento de la flexibilidad, la diversidad y la competencia.

1.7.1. La literatura sobre el tópico

La literatura especializada acerca del significado del trabajo es heterogénea en relación con los puntos de vista desde los que se aborda el tema, que según Da Rosa, Chalfin, Baasch y Soares (2011) pueden ser cognitivista, existencialista, construccionista, culturalista y sociohistórico. En el presente estudio, el trabajo es abordado desde la perspectiva sociohistórica, partiendo de los principios que visualizan el trabajo como un hecho social que atribuye sentido a la vivencia colectiva y es centro de la

identidad social, que se va construyendo históricamente (Dubar, 2001; Méda, 2007). Es una categoría medular en la vida económica, social y política del ser humano (Antúnes, 2000; Blanch, 2006a, 2008), por lo cual para dar cuenta de la complejidad de los procesos de subjetivación laboral es imprescindible el enfoque socio-histórico y un análisis multinivel, que cubra los aspectos sociales y los efectos psicológicos y organizacionales de los nuevos procesos de precariedad y fragmentación laboral. Se parte de la existencia de un entorno laboral latinoamericano precarizado, fraccionado, con un incremento sustancial de las actividades precarias, que conviven en menor medida con servicios de alto consumo y tecnología, pero donde lo que prevalece es la precariedad (De la Garza, 2001). La crisis del trabajo latinoamericano es sobre todo una crisis de precarización del trabajo, de fragmentación de la experiencia laboral (Juárez y Ramírez, 2011).

Al hacer una revisión de los estudios empíricos sobre el significado del trabajo en los últimos 12 años aproximadamente, se detectaron los siguientes focos de interés:

-Significado del trabajo, identidad y trayectorias, que exploran el mundo que el individuo construye en diversos de contextos, situaciones y tiempos, la forma como se viven las nuevas identidades y el cambio en las trayectorias laborales en los contextos de movilidad, precariedad o temporalidad de hoy (Zacarés, Ruiz y Llinares, 2004; Godoy, Stecher & Díaz, 2007; Camacho, 2008; Guadarrama, 2008). Estos trabajos se pueden apreciar en la Tabla N° 2

-Significado del trabajo en grupos específicos como jóvenes, que tuvo una prolífica producción en los años 90 y se ha mantenido en los últimos años con estudios como los de García-Montalvo, Soto y Peiró (2003); Gracia, Martín, Rodríguez & Peiró (2001); García-Montalvo, Peiró y Soro (2006); Peiró (2007). Estas referencias se pueden apreciar en la Tabla N° 3

Tabla N° 2. Matriz de Literatura seleccionada Significado del trabajo, identidad y trayectorias (últimos 12 años)

Significado del trabajo, identidad y trayectorias	Estudio teórico-empírico sobre las identidades laborales en Europa	Kirpal, S. (2004). Researching work identities in a European context. <i>Career Development International</i> , 9(3), 199-221
	Significado del trabajo e identidad en Mujeres	Guadarrama, R. (2008) Los significados del trabajo femenino en el mundo global. Propuesta para un debate desde el campo de la cultura y las identidades Laborales. <i>Estudios Sociológicos</i> , 26(2), 321-342
	Significados del trabajo, identidad y ciudadanía: La experiencia de hombres y mujeres en un mercado laboral flexible	Godoy, L.; Stecher, A., Díaz, X. (2007). Trabajo e identidades: continuidades y rupturas en un contexto de flexibilización laboral. En Rocío Guadarrama y José Luis Torres (Coords.). <i>Los significados del trabajo femenino en el mundo global</i> . Cuadernos A, 27, Temas de innovación social. (ANTHROPOS y Universidad Autónoma Metropolitana, México: España). pp. 81-100.
	Identidades laborales de trabajadores de la confección Colombia	Camacho, K. (2008). <i>Las confesiones de las confecciones. Condiciones laborales y de vida de las confeccionistas de Medellín</i> . Medellín: Escuela Nacional Sindical.
	El trabajo en experiencias fragmentadas	Blanch, J. M. (2006). "El Trabajo como valor en las sociedades humanas". En Garrido, A. (Coord.). <i>Sociopsicología del Trabajo</i> . Barcelona: Editorial UOC. Pp.57-98.
	Significado e identidades en Uruguay	Zacarés, J. J., Ruiz-Alfonso, J. M. & Llinares, L. (2004) Identidad, orientación hacia el trabajo y proyecto vital de los jóvenes participantes en Programas de Garantía Social; in M. Molpeceres (Coord.) <i>Identidades y formación para el trabajo en los márgenes del sistema educativo: escenarios contradictorios en la Garantía Social</i> (pp. 197–254) (Montevideo, Cinterfor/OIT).

Tabla N° 3. Matriz de Literatura seleccionada Significado del trabajo y jóvenes (últimos 10 años)

Significado del trabajo en Jóvenes	Significado del trabajo en jóvenes	García-Montalvo, J., Peiró, J.M. & Soro, A. (2003). <i>Capital Humano. Observatorio de la Inserción Laboral de los Jóvenes: 1996-2002</i> . Valencia: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas
	Significado del trabajo en jóvenes	Gracia, F. J., Martín, P., Rodríguez, I. & Peiró, J. M. (2001) Cambios en los componentes del significado del trabajo durante los primeros años de empleo: Un análisis longitudinal. <i>Anales de Psicología</i> , 17, 201–217.
	Significado del Trabajo en Jóvenes	Peiró, J.M. (2007). <i>Los valores y las actitudes laborales de los jóvenes</i> . Capital Humano. Valencia: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas.78. 2-8.
	La experiencia de los jóvenes	García Montalvo, J.; Peiró, J. M., & Soro Bonmatí, A. (2006). <i>Los jóvenes y el mercado de trabajo en la España urbana: resultados del Observatorio de Inserción Laboral</i> . Valencia: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas, S. A.

-Significado del trabajo y valores laborales, en este núcleo se perfila la búsqueda de nexos entre factores estrechamente relacionados con la dinámica del significado del trabajo como son los valores. Se destacan las referencias de Ros, Schwartz & Surkiss (1999); Roe & Ester (1999); Cortes Pascual (2009); Hattrup, Ghorpade & Lackritz (2007), Blanch (2006a). Estos estudios se presentan en la Tabla N° 4.

Tabla N° 4. Matriz de Literatura seleccionada Significado del trabajo y valores (últimos 13 años)

Significado del Trabajo y Valores	Significado del trabajo y valores	Ros, M.; Schwartz, S. H. & Surkiss, S. (1999) Basic individual values, work values, and meaning of work. <i>Applied Psychology: an International Review</i> , 48, 49–71.
	Significado del trabajo y valores	Roe, R. A. & Ester, P. (1999). Values and Work: Empirical Findings and Theoretical Perspective. <i>Applied Psychology</i> , 48, 1–21.
	Significado del trabajo y valores	Cortés, M.P A. (2009). The Work Values of Teacher Training Students in a Spanish University. Symbiosis between Schwartz and Meaning of Work (MOW). <i>European Journal of Education</i> , 44(3), 441-453
	Significado del trabajo y valores	Blanch, J.M. (2006). El Trabajo como valor en las sociedades humanas. En A. Garrido (Coord.). <i>Sociopsicología del Trabajo</i> (57-98). Barcelona: Editorial UOC.
	Colectivismo y centralidad del trabajo	Hattrup, K., Ghorpade, J. & Lackritz, J. R. (2007). Work group collectivism and the centrality of work. A multinational investigation. <i>Cross-Cultural Research</i> , 41, 236–260.

-Significado del trabajo y riesgos psicosociales. También han surgido investigaciones que relacionan el significado del trabajo con los riesgos psicosociales en el ambiente laboral por ejemplo: Significado del trabajo y estrés en gerentes de E.E.U.U, Brasil y Korea (Kuchinke, Cornachione, Oh & Kang, 2010; Significado del trabajo y bullying (MacIntosh, Wuest, Gray & Cronkhite, 2010) y Significado y Burnout Médicos (Shanafelt, 2009). En la Tabla N° 5 se aprecian las investigaciones mencionadas.

Tabla N° 5. Matriz de Literatura seleccionada Significado del trabajo y riesgos psicosociales (últimos 12 años)

Significado del trabajo y riesgos	Significado del trabajo y estrés en gerentes de EU, Brasil y Korea	Kuchinke, K. P., Cornachione, E. B., Oh, S.Y., & Kang, H. (2010). All work and no play? The meaning of work and work stress of mid-level managers in the United States, Brazil, and Korea. <i>Human Resource Development International</i> , 13(4), 393-408.
	Significado del trabajo y bullying	MacIntosh J., Wuest J., Gray M.M., Cronkhite M. (2010). Workplace bullying in health care affects the meaning of work. <i>Qualitative Health Research</i> , 20(8), 1128-1141.
	Significado del trabajo y Burnout profesionales medicina	Shanafelt, T. (2009). Enhancing Meaning in Work: A Prescription for Preventing Physician Burnout and Promoting Patient-Centered Care. <i>JAMA: the Journal of the American Medical Association</i> , 302(12), 1338-1340

En paralelo se han desarrollado investigaciones del significado del trabajo que se enmarcan en el contexto cultural de cada país, como se observa en la Tabla N° 6, es el caso de las de Borchert & Landherr (2009) en Alemania; (Harpaz & Meshoulam, 2004; Sharabi, 2010) en Israel. En ese sentido, Kuchinke (2009) interpreta como los cambios socio-políticos en USA, el rápido proceso de industrialización de Korea del Sur o las condiciones de lucha y contraste entre las dos culturas que convivieron en Alemania luego de la caída del comunismo, determinan semejanzas y diferencias del constructo trabajo, sus valores asociados y la experiencia resultante; Westwood y Lok (2003), hallaron que en China y Hong Kong la centralidad del trabajo era casi tan alta como la de Japón e incluso más que en la mayoría de los países occidentales que exploró el “Meaning of Working” MOW (1987,1991).

Por su parte Ardichvili (2009) sugiere cambios en las formas de ver el trabajo en Rusia, con hallazgos como la prevalencia de factores extrínsecos como los ingresos y la estabilidad en el empleo en los años de mayor crisis en los noventa y la reducción de su importancia en periodos de prosperidad (2000-2007), en los cuales la familia, los amigos y un trabajo interesante se volvieron preferentes para los trabajadores.

Tabla N° 6. Matriz de Literatura seleccionada Significado del trabajo en varios países (últimos 10 años)

Significado del trabajo en varios países	Significado del trabajo y contexto cultural	Kuchinke, K. P. (2009). Changing Meanings of Work in Germany, Korea, and the United States in Historical Perspectives. <i>Advances in Developing Human Resources</i> , 11(2), 168-188.
	Significado del trabajo en países comunistas	Ardichvili, A. (2005). The meaning of working and professional development needs of employees in a post-communist country. <i>International Journal of Cross-Cultural Management</i> , 5, 105-119.
	Significado del trabajo en Alemania	Borchert, M. & Landherr, G. (2009). The Changing Meanings of Work in Germany. <i>Advances in Developing Human Resources</i> , 11(2), 204-217
	Significado del trabajo en Israel	Harpaz, I. & Meshoulam, I. (2004) Differences in the meaning of work in Israel: Workers in high-tech versus traditional work industries. <i>Journal of High Technology Management Research</i> , 15(2), 163-182.
	Significado del trabajo entre judíos y árabes en Israel	Sharabi, M. (2010). The meaning of work among Jews and Arabs in Israel: the influence of ethnicity, ethnic conflict, and socio-economic variables. <i>International Social Science Journal</i> , 61, 501–510
	Significado del trabajo en China	Westwood, R. & Lok, P. (2003). The Meaning of Work in Chinese Contexts: A Comparative Study. <i>International Journal of Cross Cultural Management</i> , 3(2), 139-165

En el ámbito latinoamericano, tal como se muestra en la Tabla N° 7 los aportes empíricos han sido diversos, muestra de ello son las investigaciones sobre el significado del trabajo en empleados en Brasil (Soares, 1992; Tamayo, 1994; Borges y Pinheiro, 2002; Goulart, 2009a; Borges, Tamayo & Alves, 2005; Cavalheiro y Tolfo, 2011), en Chile (Godoy, Stecher, Díaz, 2007; Soto, 2011), en Colombia (Camacho, 2008); en Uruguay (Zacarés, Ruíz-Alfonso & Llinares, 2004); en Venezuela (Dakduk, González y Montilla, 2008; Ochoa, 2012a); y aquellos de alcance iberoamericano (Blanch, 2005, 2006b; Blanch y Stecher, 2009). Los estudios de la UAB incorporaron variables como la metamorfosis laboral o las diferentes valoraciones del dinero en empleados y desempleados, siendo su

contribución comparar el significado del trabajo en diferentes contextos socio-culturales como España, Colombia, Argentina, Brasil y México, construir instrumentos a la medida para la realidad iberoamericana y combinar métodos cualitativos y cuantitativos, mostrando la heterogeneidad de las formas de construcción del mundo psicosocial laboral.

Tabla N° 7. Matriz de Literatura seleccionada Significado del trabajo en Iberoamérica (últimos 10 años)

Significado del Trabajo Iberoamérica	Significado en trabajadores brasileños	Borges, L. O. & Pinheiro, J. Q. (2002). Estratégias de coleta de dados com trabalhadores de baixa escolaridade. <i>Estudos em Psicologia</i> , 7(número especial), 53-63.
	Significado de trabajo Brasil	Goulart, P.(2009). Adaptação do questionário sobre significados do trabalho - QST - para o Brasil. <i>Estudos em Psicologia</i> , 14(2), 123-131
	Significado en profesionales de la salud brasileños	Borges, L. de O., Tamayo, A. & Alves Filho, A. (2005). Significados do trabalho entre os profissionais de saúde. Em L. O. Borges (Org.). <i>Os profissionais de saúde e seu trabalho</i> . São Paulo: Casa do Psicólogo.
	Significados del trabajo, identidad y ciudadanía: La experiencia de hombres y mujeres en un mercado laboral flexible	Godoy, L., Stecher, A., Díaz, X. (2007). Trabajo e identidades: continuidades y rupturas en un contexto de flexibilización laboral." En Guadarrama,R. & Torres, J.L. (Coords.)(2007). <i>Los significados del trabajo femenino en el mundo global</i> . Cuadernos A, 27, Temas de innovación social. (Anthropos y Universidad Autónoma Metropolitana, México: España. pp. 81-100.
	Trayectorias laborales en trabajadores chilenos	Soto, A. (2011). Narrativas de Profesionales Chilenos Sobre sus Trayectorias Laborales: La Construcción de Identidades en el Trabajo. <i>Psykhé</i> , 20(1), 15-27
	Significado del trabajo Brasil	Cavalheiro, G. y Tolfo, S. (2011).Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. <i>Psico-USF</i> , 16(2), 241-249
	Identidades laborales de trabajadores de la confección Colombia	Camacho, K. (2008). <i>Las confesiones de las confeccionistas</i> . <i>Condiciones laborales y de vida de las confeccionistas de Medellín</i> . Medellín: Escuela Nacional Sindical

Significado en Uruguay	Zacare's, J. J., Ruiz-Alfonso, J. M. & Llinares, L. (2004). Identidad, orientación hacia el trabajo y proyecto vital de los jóvenes participantes en Programas de Garantía Social; in M. Molpeceres (Coord.) <i>Identities y formación para el trabajo en los márgenes del sistema educativo: escenarios contradictorios en la Garantía Social</i> (pp. 197–254) (Montevideo, Cinterfor/OIT).
Significado del trabajo, flexibilidad, subjetivación trabajadores de Colombia, Brasil, Chile, España	Blanch, J. M. (2006). Estudio internacional sobre la calidad de la experiencia laboral en el capitalismo flexible. In X. Díaz, L. Godoy, A. Stecher y J. P. Toro (Coords.). <i>Trabajo, identidad y Vínculo Social. Reflexiones y experiencias en el capitalismo flexible</i> (75-107). Santiago de Chile: CEM - UDP. ISBN 956-7397-82-1.
Significado del trabajo en trabajadores de servicios públicos iberoamericanos	Blanch J. M. y Stecher, A. (2009). La empresarización de servicios públicos y sus efectos colaterales. Implicaciones psicosociales de la colonización de universidades y hospitales por la cultura del nuevo capitalismo. En T. Wittke y P. Melogno (comps.). <i>Psicología y organización del Trabajo. Producción de subjetividad en la organización del trabajo</i> . (191-209). Montevideo: Psicolibros.
Significado del trabajo en venezolanos	Dakduk, S., González, A. & Montilla, V.(2008). Relación de Variables Sociodemográficas, Psicológicas y la Condición Laboral con el Significado del Trabajo. <i>Revista Interamericana de Psicología</i> , 42(2), 390-401
Significado del trabajo en mineros venezolanos	Ochoa, P. (2012). Significado del trabajo en mineros venezolanos, ¿reflejo del empleo en vías de extinción? <i>Gaceta Laboral</i> ,18(1), 35-56.

En el marco de las publicaciones existentes algunas se han focalizado más hacia la revisión teórica, como son los trabajos de Ardichvili & Kuchinke (2009); Da Rosa, Chalfin, Baasch y Soares (2011); Blanch y Cantera (2008); Goulart (2009b); Tolfo & Piccinini (2007); Harpaz, Honig & Coetsier (2002). En la tabla Tabla N° 8 se aprecian las referencias.

Tabla N° 8. Matriz de Literatura sobre revisión y análisis teórico (últimos 10 años)

Revisión y Análisis teórico	Revisión teórica e investigativa	Ardichvili, A. & Kuchinke, K. P. (2009). International Perspectives on the Meanings of Work and Working: Current Research and Theory. <i>Advances in Developing Human Resources</i> , 11(2),155-167
	Revisión conceptual del significado del trabajo	Da Rosa, S.; Chalfin, M., Baasch, D.; Soares, J. (2011). Sentidos y significados del trabajo: un análisis con base en diferentes perspectivas teórico-epistemológicas en Psicología. <i>Universitas Psychologica</i> , 10(1), 175-188.
	Significado y subjetivación	Blanch, J. M. y Cantera, L. (2008). Subjetivación del trabajo en el capitalismo flexible. In A. M. Mendes (Ed.). <i>Trabalho e Saúde. O sujeito entre emancipação e servidão</i> , (89-101).
	Delimitaciones teóricas del significado del trabajo	Goulartt, P.M. (2009). O significado do trabalho: delimitações teóricas (1955-2006). <i>Cadernos de Psicologia Social do Trabalho</i> ,12(1), 47-55.
	Revisión conceptual del significado del trabajo	Tolfo, S. & Piccinini, V. (2007). Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. <i>Psicologia & Sociedade</i> , 19(1) Edição Especial, 38-46
	Estudios longitudinales significado del trabajo	Harpaz, I., Honig, B. & Coetsier, P. (2002). A cross-cultural longitudinal analysis of the meaning of work and the socialization process of career starters. <i>Journal of World Business</i> , 37, 230-244.

En esa línea, los hallazgos en la investigación del Significado del trabajo reflejan una serie de núcleos comunes:

-La existencia de relaciones entre el tipo de ocupación, las condiciones de trabajo y el significado que emerge. Los estudios apuntan a que a menor calificación del puesto y peores condiciones de trabajo se presenta una visión más instrumental del trabajo y a mayor calificación y mejores condiciones físicas en el trabajo se presenta un valor más expresivo de la experiencia laboral (MOW, 1987, Blanch, 1990, 2003, 2012; Gracia, Martín, Rodríguez & Peiró, 2001; Ochoa, 2012a)

-El concepto de trabajo en el hombre, como ser social complejo e histórico, depende de factores múltiples de tipo psicológico, económico, social e histórico, pero en especial estará marcado en su dimensión y condición presente de empleo o desempleo. Al respecto trabajos empíricos coinciden en afirmar lo que dice Méda (2007) *“Los desempleados y asalariados con empleos temporarios anteponen mucho más a menudo el trabajo como una condición de felicidad que los titulares de empleo fijo. Cuanto más falta el trabajo, más está vivido como una condición sine qua non de la felicidad.”* (Méda, 2007.p.30)

La necesidad del trabajo, su privación o goce es determinante en la concepción que se construye de él y el lugar que se le otorga en la vida. Tener o no tener trabajo, el “de toda la vida”, el trabajo temporal o el trabajo solo para el consumo, marca la diferencia de la percepción, las representaciones y por supuesto el significado y los valores sociales y culturales construidos a su alrededor.

-El marco cultural y social incide directamente en las maneras de concebir el trabajo y el empleo, de manera que el enfoque histórico es imprescindible, muestras de ello son los estudios de Borchert & Landherr (2009) en Alemania; Ardichvili (2009) en la Rusia post-comunista, Kuchinke (2009) en los Estados Unidos o Blanch (2005, 2006b) en América Latina

-La necesidad de romper la dualidad analítica centralidad–fin del trabajo. El trabajo como experiencia de vida social, tiene componentes ambivalentes que ya no se pueden encerrar en la centralidad absoluta o el decretar el fin del trabajo. La pluralidad de conceptualizaciones encontradas en investigaciones y estudios es notable (MOW, 1987; Da Rosa, Chalfin, Baasch y Soares, 2011; Blanch, 1990, 2003, 2012) y muestra que la realidad del trabajo no puede estar encerrada en la dicotomía centralidad o periferia laboral.

1.7.2. El modelo MOW

Como antecedentes iniciales fundamentales para la presente investigación se señalan las líneas conceptuales desarrolladas por el grupo internacional *Meaning of Working* MOW (1987), Salanova, Gracia y Peiró (1996) y los resultados de las investigaciones internacionales realizadas por el equipo del Doctorado en Psicología Social de la UAB coordinado por Blanch (2005, 2006b), en las cuales se abordó especialmente la influencia de los cambios particulares en el mundo del trabajo de Brasil, México, Colombia y España y de la globalización económica en general sobre el significado del trabajo en el subempleo y las implicaciones teóricas y prácticas de todo ello en la dinámica laboral.

El equipo internacional “*Meaning of Working*” (MOW, 1987, 1991), llevó a cabo una investigación transcultural, de diseño transversal sobre el significado del trabajar y estudió las respuestas a la pregunta sobre lo que entendía por “trabajar” en una muestra de quince mil personas, pertenecientes a ocho países, distribuidos en tres continentes. El MOW (1987,1991), es considerado uno de los antecedentes más importantes del tema significado del trabajo por su amplia validación a nivel mundial en diversas investigaciones internacionales (Ruiz-Quintanilla y Wilpert, 1991; Gracia, Martín, Rodríguez, y Peiró, 2001; Harpaz, 2002; Harpaz, Honig, y Coetsier, 2002) sobre el significado del trabajo, y cuando se hacen los balances sobre los modelos y la metodología de estudio para el significado del trabajo (Ardichvili y Kuchinke, 2009; Da Rosa et al., 2011) continua siendo una referencia. El MOW define el significado del trabajo como un conjunto de “creencias, definiciones y el valor que individuos y grupos atribuyen al trabajo” (MOW, 1987, p.13) Este significado es caracterizado como un constructo psicológico dinámico y multidimensional. Entre sus dimensiones se encuentran la centralidad del trabajo, las normas sociales sobre el trabajar, las metas laborales, los resultados valorados del trabajo y la identificación con el rol laboral.

La centralidad del trabajo, hace referencia a la relevancia que el trabajo representa en la visión de las personas, es decir refleja “el grado de importancia que el trabajo tiene en la vida de las personas” (Salanova, Gracia y Peiró, 1996, p.49), así como la valoración subjetiva que el trabajador asigna al hecho de trabajar (Blanch, 1990). Dentro del modelo del MOW (1987, 1991), se diferencian dos tipos de centralidad: la absoluta y la relativa. La primera se refiere a la importancia general otorgada por el

individuo al trabajo y la segunda remite a la relevancia que tiene el trabajo para el sujeto en comparación con otras áreas o aspectos de la vida.

La segunda dimensión del significado del trabajo, de acuerdo con la estructura multidimensional propuesta por el MOW (1987,1991), está relacionada con las normas y creencias sociales que el individuo posee sobre el trabajo. Es decir, las ideas y juicios sociales, descritos en términos de deberes y derechos, que genera el trabajar. Estas creencias normativas son los elementos que guían las valoraciones que el empleado hace acerca de su trabajo, razonamientos normativos que actúan como antecedentes de las conductas sociales. Se describen dos grandes categorías de creencias normativas: los deberes y los derechos. Los deberes laborales hacen referencia a las normas que asumen los individuos en el contexto del trabajo acerca de sus obligaciones hacia las organizaciones y la sociedad. Por su parte, los derechos son las garantías que esperan los individuos en el contexto laboral.

La tercera dimensión que contempla la estructura del modelo del significado del trabajo propuesta por el MOW (1987,1991) son las metas laborales. Las metas laborales se definen como las representaciones cognitivas del fin del comportamiento del empleado en su trabajo. Reflejan la importancia que la persona le otorga a los aspectos tanto psicológicos como contextuales de su trabajo. El MOW (1987,1991) consideró once factores relacionados con las metas laborales, que se subdividen, según Gracia et al (2001), en valores intrínsecos o expresivos y valores extrínsecos o instrumentales. Dentro de los valores intrínsecos figuran un trabajo interesante, las oportunidades de aprender cosas nuevas, el mutuo ajuste de las habilidades del empleado y las exigencias del puesto de trabajo, la variedad o diversidad del trabajo, el nivel de autonomía y las buenas relaciones interpersonales. Los valores extrínsecos se refieren a sueldo, oportunidades de promoción, estabilidad, condiciones físicas de trabajo y, horario.

La cuarta dimensión del constructo son los resultados valorados del trabajo y es el conjunto de consecuencias que los individuos esperan como fruto de su labor; mientras la quinta esfera, la identificación con el rol laboral, se refiere al grado en que el individuo se identifica con determinados componentes de su trabajo y sus procesos.

1.7.3. Constructos asociados

Se considera que como parte del mundo del significado del trabajo se deben incorporar, entre otras, dos dimensiones que contribuyen a su configuración: los valores laborales y la identidad. A continuación se expondrán unas breves bases conceptuales.

El significado de trabajar incluye, como se ha señalado hasta ahora, una serie de creencias y actitudes, que comprenden los valores. Psicosociológicamente el concepto ha sido definido desde diferentes ángulos. De acuerdo con Rokeach (1973), son metas individuales, creencias generales interrelacionadas y jerárquicamente estructuradas, así como internamente consistentes. Por su parte Kluckhohn (1962, p. 443) concibe un valor como *“una concepción explícita o implícita, propia de un individuo o característica de un grupo, acerca de lo deseable, lo que influye sobre la selección de los modos, medios y fines de acción accesibles”*; Parsons (1966), sitúa el valor desde el punto de vista de lo funcional como *“un elemento de un sistema simbólico compartido que sirve de criterio para la selección entre las alternativas de orientación que se presentan intrínsecamente abiertas en una situación”* y finalmente Schwartz (1992) los conceptualiza como metas deseables, que trascienden situaciones específicas, variables en importancia, que sirven de principios rectores en la vida de la gente. Estas concepciones de los valores varían, pero coinciden en resaltar tres aspectos: son lo deseable, son referentes de orientación o evaluación y se organizan en un sistema jerárquico, por niveles o tipologías.

Para algunos autores (González y Arciniega, 2000; Ros, Schwartz y Surkiss, 1999) se debe seguir indagando en la relación valores y trabajo, porque no ha sido profundamente investigada y los valores laborales sólo han sido conceptualizados primariamente. Se definen en el caso de Super (1970) como lo que las personas desean de su trabajo, siendo estos más fundamentales que los intereses; para Pennings (1970) como una constelación de actitudes y opiniones con la cual un individuo evalúa su puesto y el ambiente de trabajo; para Ravlin y Megglino (1987) en términos de creencias sobre el modo en que un individuo debería comportarse y por González y Arciniega (2000), como representaciones cognitivas de necesidades universales expresadas jerárquicamente por medio de metas transituacionales y que se manifiestan en el ámbito laboral.

Existen terminologías que son usadas en el mundo psicosocial en ocasiones indistintamente para calificar los valores laborales, como son: los

resultados valorados del trabajo, la importancia de los aspectos laborales, el valor de trabajar y los valores laborales, no obstante aunque están interrelacionados son diferentes. Los resultados valorados (MOW, 1987) serían los productos que buscan los individuos en el trabajo (el por qué se trabaja); la importancia de los aspectos laborales estaría vinculada con las características preferidas o deseables del trabajo (MOW, 1987), por su parte el valor de trabajar es la importancia dada al trabajo como actividad en un determinado contexto socio-económico (Blanch, 2012) y finalmente los valores laborales describirían más los aspectos deseables del trabajo, pero influirían también en los resultados valorados, las características preferidas y el valor del trabajo.

Se ha tenido en cuenta como premisa la variabilidad del concepto de valores laborales y la necesidad de continuar construyéndolo, en términos de definiciones como la de Blanch (2006a) referida a un radio de acción más allá del sector laboral y en el que los valores son vistos como guías centrales para la producción de conocimiento del mundo social y para la autoevaluación individual y colectiva, como guías de las actitudes y como cauces de la acción social. En el caso de los valores laborales para efectos del presente estudio se conciben como los principios o aspectos deseables del trabajo que, organizados en un sistema jerárquico y de niveles, son referentes en todas las acciones y decisiones que se emprenden en la vida laboral (Ochoa, 2012b).

Se han desarrollado diversas tipologías con el objeto de clasificar los valores, por solo mencionar algunas, Elizur (1984) los clasifica en aquellos relacionados con resultados cognitivos (aspectos relacionados con el significado del trabajo y el logro); resultados instrumentales (relacionados con salario y condiciones de trabajo); y con resultados afectivos (aquellos vinculados a la autoestima y el reconocimiento). Mientras el MOW (1987) utiliza la división de valores intrínsecos o expresivos (se relacionan con la propia actividad laboral del sujeto, aspectos internos, que están bajo su control) y los extrínsecos o instrumentales (vinculados a aspectos externos de la actividad laboral y que no están bajo dominio del individuo). Por su parte Ros, Schwartz & Surkiss (1999) los clasifican en valores intrínsecos, extrínsecos, sociales y de poder. Finalmente, la propuesta de Schwartz (1992, 2001) presenta un esquema dinámico de clasificación exhaustivo al cubrir prácticamente la totalidad de tipologías que existen y contar con una amplia validación (Schwartz, Lehmann & Roccas, 1999; Schwartz & Boehnke, 2004). La categorización del autor posee dos grandes dimensiones bipolares que, a su vez, se descomponen en cuatro factores de orden superior y éstos en diez tipologías específicas. En la primera dimensión se encuentran en un extremo los valores que expresan un contenido motivacional relativo a la apertura al cambio. A esta categoría de

valores de orden superior corresponden las tipologías autodirección y estimulación. En el otro polo opuesto de esta dimensión se ubican los valores relacionados con la conservación, en los cuales se agrupan las tipologías específicas, conformidad, tradición y seguridad. La otra dimensión, está determinada por los polos auto engrandecimiento y autotrascendencia, situándose en el primero los valores que se manifiestan a través de metas cuyo objetivo motivacional se relaciona con el logro y la autoridad, mientras que en el polo opuesto se agrupan los relacionados con el universalismo y la benevolencia, o sea, el colectivismo en sus dos facetas, el ayudar a la colectividad en general, y la ayuda a las personas cercanas.

Si el trabajo se relaciona estrechamente con los valores, también lo está con la identidad. En el mundo tardo moderno caracterizado por la individualización y la penetración de la instituciones en la vida cotidiana, también se dan cambios a nivel del yo, como establece Giddens “*Los experimentos cotidianos afectan a cuestiones muy fundamentales que tienen que ver con el yo y la identidad, pero también implican una multiplicidad de cambios y adaptaciones en la vida cotidiana.*” (Giddens, 1994, p.1980). Estos cambios institucionales, globales pero también íntimos, pasan por el mundo del trabajo y la identidad laboral.

Biografías rotas (Sennet, 2000), identidades móviles (Bauman, 2002) o biografías en la cuerda floja (Beck & Beck, 2003), son nombres creativos y sonoros para la dura realidad, la de la precariedad y la discontinuidad de la vida en el trabajo, signada por *recesos involuntarios*, “*mini-jobs*” o “*contratos express*” que pueden empezar incluso por horas y terminar en minutos.

Del tradicional modelo de empleo pleno y estable, con trayectorias profesionales y laborales lineales, continuas y previsibles, quedan algunas islas paradisíacas “estables” en el mercado de trabajo. Un pequeño porcentaje de la población laboralmente activa goza de este tipo de empleo, que proporciona una biografía laboral continua y coherente (Blanch, 2012).

La identidad se forma a partir de los procesos de socialización, interacción con los otros y la vida social. Mientras el concepto de identidad social de Tajfel recalca las atribuciones dadas a la pertenencia a diversos entramados sociales cuando lo define como “*aquella parte del autoconcepto de un individuo que se deriva del conocimiento de su pertenencia a un grupo o grupos sociales junto con el significado valorativo y emocional asociado a esta pertenencia*” (Tajfel, 1981, p. 292). En el concepto de identidad de Dubar (1998) prima su proceso de formación multifactorial, biográfico,

cuando establece que es "...el resultado a la vez estable y provisorio, individual y colectivo, subjetivo y objetivo, biográfico y estructural, de diversos procesos de socialización que conjuntamente construyen los individuos y definen las instituciones" (p.111).

La identidad tendría dos dimensiones para Dubar (1991,1998), una de tipo biográfica, que incluiría la referencia a la trayectoria personal del sujeto y la sucesión de acontecimientos y otra relacional, que hace referencia a su inserción, pertenencia y participación en diversos escenarios sociales. En la primera el proceso de configuración de la identidad está atravesado por una tensión entre la continuidad y el cambio y en la segunda por una tensión entre la pertenencia y la singularidad.

La identidad se forma a partir de los otros, por eso es clave la afirmación de Torregrosa (1983) "*Nuestra identidad es, con anterioridad a una identidad nuestra, personal, una identidad para otros*". Las formas que asume la identidad se construyen a lo largo de la vida, se negocian con los otros, que tienen que reconocer su existencia plenamente. Obtener el reconocimiento de las habilidades que se tienen como trabajador es vital para insertarse en el mercado de trabajo, lo que pasa por relaciones entre colegas, clientes, trabajadores (Dubar, 1998, p.139-140)

Siguiendo a De La Lastra y Campusano (2006) **las trayectorias laborales** se pueden analizar desde dos puntos de vista, desde los resultados o desde el proceso. Si es como "resultado" es posible calificar la trayectoria en función de la evolución y el logro de ciertos parámetros, pudiendo ser exitosa o no. En el análisis como proceso se enfatizaría la evaluación en el recorrido, los recursos utilizados, las competencias con las que se contaba, la búsqueda y el hallazgo, entre otros. En cuanto a las tipologías que se manejan pueden ser ascendentes y descendentes, pudiendo tener variantes. En ambos casos datos como la cantidad de trabajos, tipo de empresa y rubro donde se ha trabajado o el tiempo promedio de permanencia en los trabajos forma parte del inventario necesario para examinarla, aunque lo más relevante es la dimensión psicosocial que acompaña el recorrido laboral: la subjetividad, las actitudes, los sentimientos y opiniones del trabajador, en otras palabras su grado de satisfacción, tensión, identificación o rechazo con lo que hace, entre otros.

Como se puede deducir de este apartado sobre valores, identidad y trayectorias, lo que se cree del trabajo y el significado que se le otorga, constituyen parte esencial de lo que define y constituye la vida de los seres humanos, sin embargo el contexto movable, fluctuante e inesperado de la

actualidad ha reconfigurado las carreras profesionales de toda la vida, la “antigüedad laboral” y muchos “órdenes” de la antigua sociedad laboral.

Al ser un constructo psicológico multidimensional, existen diversas formas de conceptualización y operacionalización del significado del trabajo. En un grupo de ellas se toma muy en cuenta el proceso de socialización y se define el significado como el conjunto de creencias, valores y actitudes hacia el trabajo que poseen las personas. Este significado se aprende antes (socialización para el trabajo) y durante el proceso de socialización en el trabajo y varía en función de las experiencias subjetivas, y de aspectos situacionales que se producen en el contexto laboral y organizacional (Salanova, 1992); otras construcciones acentúan el enfoque fenomenológico y en ellas el significado del trabajo es visto como una representación social, que se estudia no solo desde el punto de vista cuantitativo, sino que integra métodos cualitativos, que pueden interpretar lo que social e individualmente se construye como trabajo (Fineman, 1991) y otras elaboraciones teóricas destacan su carácter dinámico definiéndolo en términos de “un constructo siempre inacabado que varía individualmente, pues deriva del proceso de atribuir significados y simultáneamente presenta aspectos socialmente compartidos, asociados a las condiciones históricas de una sociedad” (Tamayo y Borges, 2001,p.13).

Se ha elaborado un concepto inspirado en las líneas conceptuales desarrolladas por el MOW (1987, 1991), Salanova, Gracia y Peiró (1996) y los resultados de las investigaciones internacionales realizadas por el equipo del Doctorado en Psicología Social de la UAB coordinado por Blanch (2005), con adaptaciones al contexto de hoy. Sobre esta base, en la presente investigación se entiende por *significado del trabajo* el ***conjunto flexible, dinámico y compartido de creencias, actitudes y valores referidos al trabajo y la experiencia profesional (desarrollada en el contexto histórico de las sociedades tardo modernas), que configuran una identidad y son asumidos, en mayor o menor grado, por un colectivo de personas.***

Al visualizar los retos del significado del Trabajo, se atisban diversos nichos por desplegarse y desarrollarse, como la vinculación de este concepto con otros constructos como el profesionalismo, que responde a la inquietud de la construcción de identidades, la complejidad del ejercicio laboral y el papel actual del trabajo; la relación entre significado del trabajo y los valores laborales, que son elementos de un mismo campo de conocimiento, pero entre los cuales se han establecido solo algunos puentes (Blanch, 2006a) y finalmente la construcción de metodologías de aproximación que tengan en cuenta aspectos de la compleja realidad

laboral tardo moderna, como la precariedad o la temporalidad involuntaria; ya que Modelos consolidados como el del MOW (1987) fueron diseñados en situaciones de crecimiento del empleo o mayor estabilidad del mercado de trabajo, ahora inexistentes.

Varias categorías clave para el trabajo han sido estudiadas desde perspectivas aisladas, resultando dominantes las concepciones económicas, jurídicas e instrumentales. La realidad actual exige traer al debate del significado del trabajo nuevos conceptos, que incorporen preocupaciones que son piezas del mundo del trabajo: la nueva organización del tiempo y la matriz cultural-representacional que está detrás de lo que vemos.

Se acrecienta la necesidad de construir teórica y metodológicamente nuevos instrumentos de medición para el significado del trabajo, puesto que las tradicionales medidas del MOW (1987, 1991) creadas para el contexto del pleno empleo presentan limitaciones en el ámbito de la desaceleración económica mundial y las nuevas realidades que se construyen en el imaginario psicosocial. En respuesta a estas inquietudes han ido emergiendo propuestas a lo largo de los últimos años (Blanch, 1990, 2005) que aportan elementos hechos a la medida sobre las formas adoptadas por el trabajo, amplían el enfoque de trabajo incorporando diferentes metodologías que permiten integrar dimensiones cualitativas y cuantitativas, además de las fortalezas de los estudios de campo.

De la misma forma y de acuerdo con las exigencias que la nueva realidad tardo moderna demanda en el trabajador, se observa un tendencia “*mutante*” en la que otras nociones psicosociales acaparan la atención de las inquietudes relativas al ámbito del significado del trabajo, es el caso de la temas como las Identidades laborales, trayectorias laborales, subjetividad laboral, lo cual más que un nuevo “traje”, la expectativa es que se constituyan en líneas de investigación, profundizaciones de las dimensiones de la centralidad del trabajo, la socialización en las identidades, la influencia del individuo en ámbitos laborales. En contextos en los cuales factores como el tiempo, la intensidad laboral, el conocimiento toman relevancia en las nuevas formas del trabajo, estudios sobre la trayectoria laboral que dan énfasis a varias dimensiones (tiempo, localización, principio y fin) o el mundo de los nuevos tipos de trabajadores, como los temporales hiper-calificados, entre otros, toman protagonismo y se perfilan enriquecedores.

En el futuro del significado del trabajo, quedan muchos aspectos del contexto globalizador, como las nuevas formas laborales y las dimensiones psicosociales emergentes que están por desarrollarse. Tal como dice

Giddens (1994) “*La sociedad postradicional es un final; pero también es un comienzo, un universo social de acción y experiencia genuinamente nuevo...Se trata de un orden social en el que los nexos sociales tienen que hacerse, y no heredarse del pasado; en el nivel personal y en niveles más colectivos...*”(Giddens, 1994, p.136). La complejización de las nuevas realidades globales, el mundo del trabajo hiper-móvil, reflexivo, en continuo movimiento y sus expresiones laborales nada predecibles, espera abordajes y reflexiones psicosociológicas que profundicen en sus formas e interrelaciones. En esa perspectiva fenómenos tan antiguos y vigentes como el profesionalismo, podrían ser nuevos componentes del significado del trabajo, no como ideología, sino como sentido.

En vías de construir nuevas alianzas teóricas, el significado del trabajo y los valores laborales tienen un largo camino de opciones presentes y futuras, con desafíos planteados como los formulados por Roe y Ester (1999) entre los cuales se consideran el abordaje desde diferentes niveles de los valores: país, grupo, individuo en vías de asumir un enfoque más integrativo cultural-socio-psicológico. El enfoque antropológico podría apoyar modelos integrados de valores laborales y significado del trabajo, los cuales al final profundizarían en valores cruciales en Iberoamérica como la familia o las relaciones sociales, con la singularidad de la cultura iberoamericana.

Este estudio considera que la contextualización en América Latina es una vía indispensable en las investigaciones sobre el trabajo. Autores como De la Garza (2010) dan más énfasis a los aspectos socio-políticos y abogan por abrir el abanico del trabajo *ya no tan clásico* y sus significados con propuestas como la necesidad de un concepto ampliado de trabajo que revalorice los objetos simbólicos, estudie la heterogeneidad de las trayectorias laborales en más de un nivel, no sólo cuando se presenta en una misma empresa por un largo tiempo, o aborde las identidades laborales desde enfoques menos individualistas y más centrados en las relaciones de poder que implican.

Asumir los desafíos de la sociedad globalizada que avanza por todos los espacios de las relaciones sociales, es parte de la misión del investigador. El futuro del trabajo es incierto y representa múltiples interrogantes para los profesionales de las ciencias humanas y sociales, tanto por la riqueza y variedad de las condiciones de vida laboral en el mundo, como por afectar de manera tan directa y personal la vida de todos. Los retos son develar los escenarios de precarización laboral, las formas alternativas al trabajo poco decente, el impulsar espacios de discusión sobre los modelos alternativos a la visión de centralidad versus fin del trabajo o promover la articulación de espacios de investigación intercultural.

CAPÍTULO 2

Profesión Médica

y

Profesionalismo

“El carácter carismático descansa en la entrega extracotidiana a la santidad, heroísmo o ejemplaridad de una persona y a las ordenaciones creadas o reveladas por ella...”

Weber (1922)

“Algo anda mal cuando los médicos pasan más tiempo con su contador que con sus pacientes.”

Bill Clinton

“La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar.”

Susan Sontag. La Enfermedad y sus metáforas (1978)

En el capítulo 2 se presentan las diferentes perspectivas que abordan el concepto de Profesión y Profesionalismo. A partir de las conceptualizaciones de la Profesión, se pasa a describir brevemente como ha ido evolucionando el concepto de salud y se introducen algunos aspectos de la génesis de la profesión médica y sus características sociológicas. Se finaliza el capítulo con reflexiones sobre el contexto del cambio profesional, el pluriconcepto de Profesionalismo, su estado del arte y la conceptualización escogida para el presente estudio.

2.1. La profesionalización del trabajo

Las profesiones, como las organizaciones, forman parte de la vida social y de la identidad de los seres sociales en todo su recorrido existencial, así que adquieren su propia identidad, espíritu, cultura y se desenvuelven bajo una dinámica única y particular. Al ser una construcción social, moldean la trayectoria del ser humano y su familia, pero al mismo tiempo el individuo las influencia y determina parte de su constitución, a través de los procesos de subjetivación e interacción social. La experiencia del trabajo, se sustenta tanto en la dimensión individual del significado que se le otorga, como en las representaciones y el ethos social, que giran alrededor de la vivencia laboral y profesional.

En la estructura social de la antigüedad se registraron diversos oficios y ocupaciones, entre las profesiones de más vieja data están las de los filósofos, arquitectos, médicos, militares, aunque se puede decir que los orígenes de la *formación profesional* tal como se conoce hoy en día se encuentra en las universidades medievales, surgidas alrededor del siglo XII (MacDonald, 1995; Freidson, 1986). Existen diversas corrientes que sitúan la aparición de las profesiones, como instancia social, en momentos históricos diferentes, por una parte un grupo de autores (Dubar y Trepier, 1998) establecen que su origen debe hallarse en organizaciones como los cuerpos profesionales, con base en los grupos cristianos católicos, los cuerpos de Estado y las cofradías. Estos serían los antecedentes de los colegios y corporaciones profesionales, que evolucionaron de distinta manera en U.S.A. o en Francia y se verán fuertemente influenciados por el liberalismo. Otros autores (Larson, 1977; Mac Donalds, 1995; Freidson, 1986) dan más peso a los cambios del mundo social-laboral acarreados por las revoluciones Francesa e Industrial, porque a su entender el desarrollo del capitalismo fabril favoreció el crecimiento progresivo de un grupo de trabajadores, adaptados a las exigencias del nuevo modelo económico capitalista.

La construcción teórica en torno a los colegios profesionales (Durkheim, 1957), la meticulosa funcionalidad y estructura que exhiben las profesiones (Parsons, 1939) o el espíritu funcionarial profesional (Weber, 1922), han sido objeto de una prolífica producción científica en el campo de ciencias sociales y en especial de la sociología. Como muestra de la vigencia y el interés en el tema profesionalismo desde distintas ciencias, en un arqueo realizado en un conjunto de bases de datos en el transcurso de esta investigación, se encontraron para el descriptor *profesiones*: 47.781 resultados en JSTOR estudios sociales, 87.772 en SCOPUS y 78.386 en ISI Web of Knowledge y para el criterio *profesionalismo*: 14.568 resultados en JSTOR estudios sociales, 9.711 en SCOPUS, 10.602 en ISI Web of Knowledge y 3.726 en Medline.

Al analizar sus ramificaciones en variantes como los valores ocupacionales, los cuestionamientos al ejercicio ético de las profesiones, los conflictos de intereses en el mundo profesional actual, se verifica, no sin cierto asombro como un concepto sobre el que escribía el mismo padre de la sociología (Comte, 1896), siga despertando hoy en día innumerables polémicas.

En las aproximaciones teóricas de principios del siglo XX al concepto de profesión, estas surgían como componentes sociales aun más importantes que los mismos negocios (Parsons, 1939), una solución contra la burocracia (Weber, 1922) o prometían ser continuidad de aquellas hermandades profesionales de la Edad Media (Durkheim, 1893; 1957). No obstante a lo largo de la producción teórica sociológica de las profesiones, con inspiraciones ideológicas heterogéneas, es posible hacer una lectura transversal y encontrar inquietudes comunes en aspectos tales como el dilema de la autonomía profesional (Hughes, 1960; Parsons, 1967; Freidson, 1986), la consecuencia de los pagos o ganancias obtenidas por los profesionales (Weber, 1922; Dubar y Tripier, 1998), la influencia política de las comunidades profesionales (Weber, 1922; Durkheim, 1893; Larson, 1977; Freidson, 1986), la fuerza monopólica o el “cierre” de los grupos profesionales (Larson, 1977; Abbott, 1988; Weber, 1922) o el dilema lucro-humanismo (Durkheim, 1893; Parsons, 1939; Hughes, 1960).

2.1.1. Concepciones de profesión

Son varios los criterios que siguen las diferentes **conceptualizaciones** en el mundo de las profesiones y contribuyen a la construcción de un marco psicosocio-histórico:

1. **Según el origen de las academias**, que marca diferencias de abordaje y en el tipo de análisis.
2. **De acuerdo a matrices históricas**, tomando como punto de partida el enfoque histórico desde el cual se pueden observar las profesiones: liberal, nacional-funcional y marxista (Tripier, 1995)
3. **A partir de las escuelas sociológicas**: Evolucionista, estructural-funcionalista, marxista, weberiana, neweberiana, interaccionista.

1. Según el origen de las Academias.

Es sabido que en más de un sector de las ciencias sociales anglosajones y franceses han realizado aportes aislados con ausencia de intercambio epistemológico. Se mencionará la distinción de academias según su ubicación geográfica, por la diversidad de aportes, las diferencias de enfoques y el poco dialogo que durante algunos años ha existido entre ellas. La escuela angloamericana, es posiblemente la de mayor tradición y está extensamente documentada (Freidson,1986; Dubar y Tripier, 1998; Castellani & Hafferty, 2006), aunque criticada por etnocentrista (MacDonalds, 1995) debido a la inclinación de la sociología de las profesiones británica por ejemplo, a disertar durante mucho tiempo sobre las profesiones con referencias enteramente inglesas, que sólo tomaron en cuenta las “sociedades industriales” y menciones exclusivas a autores británicos o en algunos casos americanos. A pesar de lo señalado la escuela británica es posiblemente la más antigua en el tratamiento del tema de las profesiones y es antecedente obligado para escudriñar en su pasado. Por su lado la escuela americana, se construye fuertemente influida socio-históricamente por el estructural-funcionalismo, pero con estudiosos tan diversos como Parsons (1939,1967), Mills (1957), Merton (1958), Goode (1957), Etzioni (1969), Freidson (1970,1986), Abbott (1988); Larson (1977) entre muchos otros.

La producción francesa es relativamente nueva, pero las diferencias entre la sociología angloamericana y europea francesa, que pueden constatar en la escasa producción sobre las profesiones en francés (Sáez, Sánchez y

Sánchez, 2009), tiene varios fundamentos. La escuela anglo-americana tendió a focalizarse en preocupaciones como el cierre ocupacional o el poder profesional mientras en Francia las profesiones se definieron de manera más amplia y respondieron a preguntas más abiertas sobre la ocupación, la identidad en general, incluyendo el trabajo, las trayectorias profesionales, los profesionales (Evetts, 2003). Por su parte la elaboración angloamericana es producto de una legislación tanto en Estados Unidos como en Inglaterra que distingue las profesiones de las ocupaciones (Tripier, 1995, p. 176; Dubar y Tripier, 1998) que fijó una separación infranqueable entre profesiones y ocupaciones pero también le otorgó un marco referencial y oficial a la realidad organizacional y social de las profesiones.

2-Según las matrices históricas.

Tripier (1995, p.171-176) contribuye al análisis de la matriz disciplinaria e histórica de las profesiones diferenciando una interpretación liberal, una interpretación nacional-funcional y otra marxista, que sirve de punto de partida para otras clasificaciones aunque dejando fuera a otras escuelas como la interaccionista. En la visión liberal, enmarcada en la tradición anglosajona, se da énfasis al carácter académico y de “expertos” de la profesión concibiéndola como una reunión de actividades específicas, de igual orden, efectuadas por un conjunto de individuos que han tenido una educación escolar más larga que la media de sus conciudadanos. En cuanto a la interpretación nacional-funcional, se sitúa a las coaliciones profesionales como generadoras de mecanismos coercitivos para apaciguar a la sociedad y resolver la lucha de clases, mantener los valores y responder a las necesidades de la población, con una naturaleza colectiva, que no discriminaría entre clases. Para el paradigma marxista, y con el criterio de división de clases, se demuestra que la diferenciación de clases está presente en las profesiones y que los profesionales presentan alianzas con las clases dominantes.

3-Según las escuelas sociológicas.

De acuerdo con las escuelas sociológicas puede ser de utilidad una clasificación, que comparte de base algunas tipologías elaboradas por algunos autores (Guillén, 1990; Evetts, 2003; MacDonalds, 1995) pero a la que se agregan otras que se estudiaron para esta investigación y pueden considerarse de interés al organizar un marco conceptual amplio de cara a

tejer la trama del profesionalismo y sus derivaciones. Según las escuelas sociológicas la clasificación abarcaría las perspectivas: evolucionista, estructural-funcionalista, marxista, comprensiva, cierre social o poder, interaccionista, integradora y otras. La tabla N° 9 muestra el concepto de Profesión según las escuelas sociológicas.

Tabla N° 9. Panorama descriptivo de la conceptualización de Profesión

ESCUELA	DEFINICION TEXTUAL	AUTOR
EVOLUCIONISTA	Las instituciones profesionales nacen de la diferenciación del elemento político-eclesiástico primitivo; en su desarrollo siguen la ley de la evolución en general, porque después de esta separación sufren una diferenciación interna y al paso que se multiplican las profesiones se hacen más coherentes y más claramente delimitadas, lo mismo que las partes de un organismo individual pasan de un estado primero de simplicidad a su estado último de complejidad.	Spencer (1932)
	Son los elementos más estables en la sociedad, que heredan, preservan y transmiten una tradición... Generan modos de vida, hábitos de pensamiento y criterios de juicio que los convierte en centros de la resistencia a las crudas fuerzas que amenazan la evolución constante y pacífica.	Carr- Saunders & Wilson(1933)
ESTRUCTURAL - FUNCIONAL	"Vemos en el grupo profesional un poder moral capaz de contener los egoísmos individuales, de mantener en el corazón de los trabajadores un sentimiento más vivo de su solidaridad común, de impedir aplicarse tan brutalmente la ley del más fuerte a las relaciones industriales y comerciales. Ahora bien, pasa por impropia para desempeñar tal función. Por haber nacido con ocasión de intereses temporales, parece que no pudiera servir más que a fines utilitarios, y los recuerdos que han dejado las corporaciones del antiguo régimen no hacen más que confirmar esta impresión. Se las representan en el provenir tal como eran durante los últimos tiempos de su existencia, ocupadas, ante todo, en mantener o en aumentar sus privilegios y sus monopolios, y no se comprende como preocupaciones tan estrechamente profesionales hayan podido ejercer una acción favorable sobre la moralidad del cuerpo de sus miembros."	Durkheim (1893)

	Las profesiones constituyen un segmento particular, en la cima de la jerarquía social, una élite de trabajadores dotados de competencias elevadas, de una fuerte autonomía para ejercer sus actividades, como independientes o en el seno de una organización.	Parsons (1967)
COMPENSIVA	- "Por profesión se entiende la peculiar especificación, especialización y coordinación que muestran los servicios prestados por una persona, fundamento para la misma de una probabilidad duradera de subsistencia o de ganancias." - "De la traducción luterana de la Biblia procede la palabra Beruf (vocación, profesión y oficio) y la valoración de la virtud profesional como forma única de vida agradable a Dios es esencial al luteranismo desde un principio."	Weber (1922)
MARXISTA	Se considera a los trabajadores de cuello blanco, representados por profesionales, administradores y directivos, como una fracción de la "burguesía", puesta a su servicio.	Poulantzas (1977)
PODER Y CIERRE SOCIAL, MONOPOLIO PROFESIONAL	"Un grupo de personas que realiza un conjunto de actividades que proveen su principal fuente de recurso para la subsistencia; actividades llamadas trabajo, más que ocio y vocación más que pasatiempo. Dichas actividades se realizan a cambio de una compensación y no por sí mismas. Se las considera útiles o productivas, por eso aquellos que las llevan a cabo son compensados por los otros. Cuando una cantidad de personas realiza la misma actividad y desarrolla métodos comunes, que a su vez son transmitidos a nuevos miembros y llegan a ser convencionales, podemos decir que los trabajadores se han constituido en un grupo ocupacional, o una ocupación". La profesión además tiene autonomía o el derecho a controlar su propio trabajo.	Freidson (1970)
	Las profesiones en las que se afirma un conocimiento especializado son vistas como cotos cerrados dotados de una terminología interna y críptica, inventada para desconcertar al profano, como abogados y sociólogos, que probablemente serán vistos con particular recelo.	Giddens (1994b)

	<p>"Las profesiones están organizadas conscientemente por aquellos que intentan traducir un orden de escasos recursos sociales (conocimientos y destrezas) en otro orden de recompensas sociales y económicas....El enfoque en la movilidad social colectiva acentúa la relación de las formas profesionales con diferentes sistemas de estratificación social." Las ideologías profesionales tienen dos características principales: en primer lugar, la profesión debe convencer al público en general de que posee el conocimiento y las destrezas para ofrecer una mercancía estandarizada. En segundo lugar, la profesión debe estandarizar la producción de esa mercancía, lo que significa que deben restringir el acceso a la profesión a solo aquellos que muestran su acuerdo con la definición comúnmente aceptada de competencia profesional.</p>	Larson (1977)
INTERACCIONISTA	<p>Propone conocer más de fondo las profesiones a través de "la ocupación"; se debe focalizar en el conocimiento humano, no tanto en las carreras sino en lo que se hace en la práctica el profesional, además reitera que la autonomía y la solidaridad son aspectos fundamentales de las profesiones que los negocios o sistemas autoritarios pueden poner en peligro./ La vida profesional es un proceso biográfico que construye la identidades a lo largo del ciclo de vida, desde la entrada dentro de la actividad a la jubilación, y pasando por todos los cambios de la vida.</p>	Hughes (1952,1960)
INTEGRADORA	<p>"1. Las profesiones representan las formas históricas de la organización social, de categorización de actividades de trabajo que constituyen desafíos políticos inseparables de la cuestión de la relación entre el Estado y los individuos...2. Las profesiones son también formas históricas de autorrealización, marcos para la identificación subjetiva y expresión de valores de orden ético con significaciones culturales....3. Las profesiones son, finalmente, las formas históricas de coalición de actores que defienden sus intereses tratando de asegurar y de mantener un cierre de su mercado de trabajo, un monopolio de sus actividades, una clientela asegurada para su servicio, un empleo estable y una remuneración elevada con reconocimiento de su experticia."</p>	Dubar y Tripier (1998)

OTROS ENFOQUES	"Una profesión es una comunidad cuyos padres fundadores no están unidos por lazos de la sangre, y cuyos miembros están vinculados por un sentimiento de identificación, tienen un estatus continuo, comparten valores comunes, ofrecen socialización apropiada para el ejercicio de la profesión. "	Goode (1957)
	"Grupo ocupacional exclusivo que aplica algún conocimiento abstracto a casos particulares. "	Abbott (1988)
	"La base de la autoridad profesional es el conocimiento y la relación entre la autoridad administrativa y profesional es profundamente afectada por la cantidad y el tipo de conocimiento que tiene el profesional."	Etzioni (1964)
	Siendo la profesión conocimiento y vocación, se manifiesta el servicio a los demás. Sus miembros se rigen por códigos de ética y el compromiso de profesar competencia, integridad y moral altruista, y la promoción del bien público dentro de sus dominios. Forman la base de un contrato social entre la profesión y la sociedad, que en retorno da a la profesión un monopolio sobre el uso de su base de conocimientos, el derecho a la autonomía en la práctica y el privilegio de la autorregulación.	Cruess, Johnston & Cruess (2004)

La sociología evolucionista de finales del siglo XIX constituye una muestra de la aplicación de principios de carácter biológico a hechos sociales. De forma mecanicista extrapola las leyes naturales a la realidad social de las profesiones, estableciendo un criterio etapista, una visión de desarrollo biológico y un destino social único. **La sociología estructural funcionalista** no solo concibe las profesiones como un conjunto de competencias técnicas y conocimientos que proporcionan estatus a los profesionales, sino que también se mueve en el campo de cómo contribuyen a sus funciones y a su peculiar estructura (Parsons, 1939). En el caso de la **escuela marxista** centra su crítica, en las luchas de poder y en las posiciones de clase que asumen los profesionales (Poulantzas, 1977). Por su parte en la visión **weberiana** se puede hallar el rol del *funcionariado profesional* en la sociedad moderna, la documentación de los funcionarios como trabajadores intelectuales altamente especializados mediante una larga preparación y con un honor estamental muy desarrollado, cuyo valor supremo es la integridad, y su función el evitar el riesgo de una terrible corrupción y una incompetencia generalizada (Weber, 1922). En el caso de los **interaccionistas** su aporte es proporcionar un punto de vista que se gana un espacio dentro del análisis sociológico, al valorar la experiencia y

el rol de lo cotidiano en una aproximación de la realidad social, en ese sentido autores como Hughes (1960), plantean que la profesión debe ser estudiada más desde la ocupación, la experiencia del trabajo en sí, no tanto desde lo que puede implicar una profesión. Dentro de esta larga, pero no por eso menos necesaria categorización, se desea incorporar la visión del cierre social, que estudia la búsqueda de exclusividad y el sentido de monopolio presente en las profesiones (Larson, 1971; Freidson, 1986). La visión integradora es la adoptada por los franceses Dubar y Tripier (1998), que une aspectos históricos, políticos y más interaccionistas en su definición y enfoque sobre las profesiones.

Descifrar o desvelar una categoría sociológica, por excelencia, pero usada ampliamente por todas las ciencias sociales y médicas, además de popularmente en el mundo cotidiano, pasa por *deconstruir* cómo ha sido presentada desde diversas fuentes: semánticas, históricas, sociológicas, psicológicas, etc. Aunque autores como Watson (2002) consideran que las profesiones no representan la totalidad de las ocupaciones o se las critique por institucionalizar el conocimiento. En primer lugar se revisarán las etimológicas, para luego pasar a revisar las clásicas sociológicas y toda aquella que pueda ser de interés para la investigación.

Históricamente existen indicios claros acerca del funcionamiento de las profesiones liberales clásicas (Medicina, Derecho, Arquitectura) en la antigüedad, periodo en el que convivían con otras profesiones como la milicia y la profesión sacerdotal/religiosa. En la Edad Antigua ya existen como profesionales los filósofos, matemáticos, legisladores, escritores y médicos (Noriega Gómez, 1867). En la Edad Media los centros universitarios se denominaron en los países latinos, "*Facultades*" y sus egresados "*Licenciados*", lo que se vincula con la necesidad institucional de las profesiones de tener "*licencias*", que "*faculten*" el ejercicio de la profesión (Martin-Moreno & De Miguel, 1982), equiparable hoy en día con las "*certificaciones*" de valor internacional, además de su permanencia con contenido simbólico en las universidades y centros de enseñanza.

Etimológicamente la palabra profesión (*Profe en griego, Profes en latín, Profession en inglés*) tiene una larga historia en todos los lenguajes europeos con raíces latinas (Freidson, 1986). La raíz griega *Profe*, quiere decir *lo que se profesa, hablar en nombre de*, tiene además un carácter público y de alguna manera expresa un "*rol profético*". El *Profess-Profesar* antes del siglo XVI, también era concebido como una especie de declaración, confesión o expresión de *intención o propósito*, vinculada con la consagración de votos religiosos y derivada de los lazos del *Profess* con los oficios y trabajos que se realizaban en la universidad medieval.

Desde la **esfera religiosa** Weber (1922) rescata en sus estudios sobre los caminos de salvación y formas de vida, el concepto de *Beruf*, como vocación y profesión y al respecto dice "De la traducción luterana de la Biblia procede la palabra *Beruf* (*vocación, profesión y oficio*) y la valoración de la virtud profesional como forma única de vida agradable a Dios es esencial al luteranismo desde un principio."(p.448). Para Ballesteros (2005) Weber no se refiere sólo con este término a la *llamada profesional*, sino que también lo vincula a "lo determinado", "lo asignado", haciendo mención al cumplimiento de los mandamientos divinos, "los deberes".

Sociológicamente, como ya se vislumbró cuando se mencionaron las clasificaciones por escuelas, la producción conceptual sobre las Profesiones ha sido extensa en las principales corrientes sociológicas (biologicista, estructuralista, comprensiva, marxista, interaccionista, socio-histórica, entre otras). A continuación formularemos los conceptos más representativos de cada corriente:

La visión biologicista es claramente ilustrada por Spencer (1932) en su concepto de las profesiones, como entidades complejas, que nacen de la diferenciación del elemento político-eclesiástico primitivo y que a su entender son el mejor modelo de la dinámica evolutiva "*Ningún grupo de instituciones nos muestra más claramente la marcha de la evolución social, y ninguno nos enseña cómo se conforma la evolución social con la ley de la evolución en general.*" Dice el autor que las profesiones tienen su proceso de división para llegar a su estadio superior, ya que "*Los gérmenes fuera de los cuales nace la actividad profesional, formando una parte primero del elemento director, se diferencian de éste, a la vez que sufren una diferenciación interna. Mientras se multiplican las profesiones separándose unas de otras por la producción de subdivisiones, se hacen más coherentes y más claramente deslindadas. El proceso corresponde exactamente á aquel otro por el cual las partes de un organismo individual pasan de su estado inicial de simplicidad á su estado último de complejidad.*"(Spencer, 1932)

En el enfoque estructural-funcional las conceptualizaciones dan cuenta del valor de las profesiones como élites de conocimiento especializado que soporta la estructura social, como bien sostienen Parsons (1939) y Durkheim (1893). El primero establece que la profesión es un "*marco institucional en el cual se llevan a cabo muchas de las más importantes funciones sociales, particularmente el logro del aprendizaje científico y liberal y sus aplicaciones prácticas en medicina, tecnología, derecho y*

educación” (Parsons, 1939, p.437). Mientras el segundo subraya su papel funcional dominante y absorbente de rangos de la vida social, “...*No debemos perder de vista el gran espacio que en la vida tienen las profesiones, como sus funciones se vuelven más especializadas y como los campos de las actividades individuales son cada vez mas confinadas dentro de los limites de las funciones de las que son responsables*”. (Durkheim, 1957, p.26)

En el caso de Durkheim (1893,1957), trasluce en su definición de grupo profesional los valores morales y conservadores de su teoría, sin embargo critica el monopolio profesional y los privilegios derivados de los colegios profesionales, estableciendo: "*Vemos en el grupo profesional un poder moral capaz de contener los egoísmos individuales, de mantener en el corazón de los trabajadores un sentimiento más vivo de su solidaridad común, de impedir aplicarse tan brutalmente la ley del más fuerte a las relaciones industriales y comerciales. Ahora bien, pasa por impropia para desempeñar una tal función. Por haber nacido con ocasión de intereses temporales, parece que no pudiera servir más que a fines utilitarios, y los recuerdos que han dejado las corporaciones del antiguo régimen no hacen más que confirmar esta impresión. Se las representan en el provenir tal como eran durante los últimos tiempos de su existencia, ocupadas, ante todo, en mantener o en aumentar sus privilegios y sus monopolios, y no se comprende como preocupaciones tan estrechamente profesionales hayan podido ejercer una acción favorable sobre la moralidad del cuerpo de sus miembros.*"(Durkheim, 1893, p.12).

La escuela comprensiva (Weber, 1922; Larson, 1977) y todo su aparato teórico alrededor de la burocracia establece el rol principal de los nuevos funcionarios profesionales y define la profesión en función de su preparación y del fin extrínseco que conlleva como "*la peculiar especificación, especialización y coordinación que muestran los servicios prestados por una persona, fundamento para la misma de una probabilidad duradera de subsistencia o de ganancias.*" (Weber, 1922, p.111). Weber menciona que para que se logre la racionalidad y el funcionario sea contratado en la modernidad, la formación profesional se constituye en una condición: "*Normalmente solo participa del cuadro administrativo de una asociación el calificado profesionalmente para ello mediante pruebas realizadas con éxito; de modo que sólo el que posea estas condiciones puede ser empleado como funcionario. Los funcionarios forman el cuadro administrativo tipo de las asociaciones racionales, sean estas apolíticas, hierocráticas, económicas (especialmente capitalistas) o de otra clase*" (p.175). Como complemento sobre su relevancia social Weber argumenta el rol estamental de las profesiones, la articulación

profesional con otros y el valor de la profesión porque sin este funcionariado caería sobre la sociedad el riesgo de la corrupción, la incompetencia o estarían amenazados los conocimientos técnicos del aparato estatal.

En el caso de los neoweberianos, en especial Larson (1977) se subraya el elemento estratificador de las profesiones, factor característico de la teoría weberiana, es una propuesta celebrada en el momento de su aparición por reunir críticas a las teorías profesionales, su sistema de beneficios e incorporar nuevos factores de análisis como el mercado o las consecuencias del profesionalismo para el poder y el estatus. La autora establece la importancia de los mecanismos de compensación y poder presentes en el eje profesional cuando afirma "*Las profesiones están organizadas conscientemente por aquellos que intentan traducir un orden de escasos recursos sociales (conocimientos y destrezas) en otro orden de recompensas sociales y económicas....El enfoque en la movilidad social colectiva acentúa la relación de las formas profesionales con diferentes sistemas de estratificación social.*"(Larson, 1977)

En la corriente monopolista o de cierre social, encontramos una tendencia que ha constituido un punto de enriquecimiento en la sociología de las profesiones porque se incorporan visiones críticas a la estructura de poder y se desarrollan un conjunto de principios que difieren de la visión estructural o la marxista. Dentro del enfoque se mencionan dos emblemáticas, con repercusiones en el mundo sociológico y médico, como son la de Freidson (1970) y Larson (1977). El primero, quien dedicó gran parte de su obra al estudio de la medicina y la institucionalización del conocimiento médico, subraya en su definición las características de las profesiones como círculo cerrado junto con su autonomía, y la define en términos de un grupo de personas que realiza un conjunto de actividades que les proveen su principal fuente de recurso para la subsistencia, que reciben un pago por ello, desarrollan métodos comunes que transmiten a nuevos miembros y que tienen el derecho a controlar su propio trabajo; mientras que Larson (1977), en su proyecto profesional va a denunciar sin censuras la mercantilización de los servicios profesionales y la lucha por la exclusividad profesionales más que por el servicio social a los receptores de los servicios profesionales "*Las ideologías profesionales tienen dos características principales: en primer lugar, la profesión debe convencer al público en general de que posee el conocimiento y las destrezas para ofrecer una mercancía estandarizada. En segundo lugar, la profesión debe estandarizar la producción de esa mercancía, lo que significa que deben restringir el acceso a la profesión a sólo aquellos que muestran su acuerdo con la definición comúnmente aceptada de competencia profesional.*" El

aporte de Larson es uno de los referentes en los trabajos sobre profesiones no sólo por su enfoque de “*proyecto*”, también porque logra reunir la crítica al ejercicio cerrado de los profesionales, con aspectos de la sociología comprensiva.

Para los marxistas, más específicamente los neomarxistas del siglo pasado, como Mills (1957), los clientes de los profesionales, pueden convertirse en objeto de “explotación”, así también en palabras de Poulantzas (1977) se considera a los trabajadores de cuello blanco, representados por profesionales, administradores y directivos, como una fracción de la “burguesía” puesta a su servicio.

La escuela interaccionista de las profesiones, en contraste con el funcionalismo no va a evaluar la manera como las profesiones cohesionan las funciones sociales y contribuyen a estructura social, sino que dará voz propia a la biografía del profesional, valorará las profesiones como formas de autorrealización, incluyendo una perspectiva de estudio identitaria, a través de representantes como Everett Hughes (1952). Según Dubar y Tripier (1998), se puede describir el punto de vista interaccionista de las profesiones, entre otras premisas por las siguientes: 1- Los grupos profesionales son los procesos de interacción que conducen a los miembros de una misma actividad de trabajo a autorganizarse, defender su autonomía y su territorio y a protegerse de la competencia. 2- La vida profesional es un proceso biográfico que construye la identidades a lo largo del ciclo de vida, desde la entrada dentro de la actividad a la jubilación, y pasando por todos los cambios de la vida. 3- Los procesos biográficos y los mecanismos de interacción tienen una relación de interdependencia: la dinámica de un grupo profesional depende de las trayectorias biográficas (carreras) de sus miembros, ellas mismas influyen en las interacciones existentes entre sí y con el ambiente.

Los interaccionistas representaron la otra cara de la moneda en la sociología dominante de la primera parte del siglo XX, pero a pesar su valioso aporte, es necesario complementar la visión biográfica, con la realidad social, política y económica que rodea los grupos profesionales. Es ahondar en la vida del profesional, las experiencias diarias y las estrategias de acción y resistencia que se plantean los trabajadores en un determinado contexto socio-histórico.

Para efectos de esta investigación y posterior a la revisión teórica realizada, en la cual se constató la exhaustividad con la cual la sociología ha tratado el tema de las profesiones, se seleccionó una línea conceptual que inspirara un concepto propio. Es así como se conciben las profesiones como formas históricas de organización social, de categorización de actividades laborales, que defienden sus intereses y constituyen instancias de institucionalización del conocimiento experto y las competencias. Como corolario y complemento para esta concepción se consideró el planteamiento de Dubar y Tripier (1998. p.13), porque otorga un significado amplio, social e histórico, no sólo funcional o individual a las profesiones. Para estos autores, las profesiones tienen un punto de vista cognitivo, afectivo y conativo, lo que exige más a la hora de acercarse teóricamente a su modelo pero ciertamente permite también más movilidad y amplitud teórica a la hora de hacer uso del término: *“1. Las profesiones representan las formas históricas de la organización social, de categorización de actividades de trabajo que constituyen desafíos políticos inseparables de la cuestión de la relación entre el Estado y los individuos...2. Las profesiones son también formas históricas de autorrealización, marcos para la identificación subjetiva y expresión de valores de orden ético con significaciones culturales....3. Las profesiones son, finalmente, las formas históricas de coalición de actores que defienden sus intereses tratando de asegurar y de mantener un cierre de su mercado de trabajo, un monopolio de sus actividades, una clientela asegurada para su servicio, un empleo estable y una remuneración elevada con reconocimiento de su experticia.”*

2.1.2 Características sociológicas de la profesión

La profesión se configura con una serie de características, a las que cada autor ha agregado su cariz particular (Abbott, 1988; Dubar y Tripier; 1998; Freidson, 1970), siendo rasgos comunes las que se refieren a la posesión de un conocimiento especializado, la pertenencia a una organización colegiada o el mantenimiento de un monopolio de conocimiento. Se mencionan las formuladas por Coe (1970) y Guillen (1990). Coe (1970, p.223-224) considera que las profesiones tienen las siguientes características: 1- Su experiencia está basada en un cuerpo extenso de conocimientos teóricos, muy extenso y difícil de adquirir por lo cual se requiere de un periodo largo de enseñanza para dominarlo, 2- Las profesiones mantienen el monopolio de su conocimiento, 3- Durante el periodo de formación se aprenden actitudes y valores particulares, dentro de los cuales se destaca el estatus de profesional. 4- Las relaciones entre profesionales se caracterizan por su organizacional colegial, en la cual se unen para protegerse de otros grupos extraprofesionales. 5- Las profesiones requieren tanto licencia

(conocimientos) como mandato (el derecho de la profesión a establecer niveles). Las características expuestas por Guillen (1990), como en otros autores ya mencionados coinciden con las de Coe en aspectos como la posesión del conocimiento técnico y el poder que deriva de las organizaciones colegiales, y agrega algunas como son la tendencia a buscar la autoridad y autonomía en su trabajo y el disponer de mercados monopolistas gracias a la regulación estatal.

Es difícil el sintetizar los aportes de las conceptualizaciones formuladas por cada corriente sociológica, ya que detrás de cada una de ellas existen extensas líneas teóricas sobre el trabajo, las organizaciones, las relaciones laborales de las cuales pudiesen surgir tantas investigaciones como núcleos temáticos, pero presentarlas de forma esquemática permite la ubicación en un campo tan amplio como heterogéneo. Por razones de la delimitación teórica en el presente trabajo sólo se mencionan como marco contextual general.

2.2. La construcción histórica de la profesión médica

En una visión sociohistórica de la realidad que impacta el Significado del Trabajo y la Profesión Médica, luego de presentar los principales aportes de los clásicos sobre las profesiones, se aborda en este apartado el origen de la profesión médica como elemento central de la investigación, que obedece a una visión de salud, de ciencia y de ser social. El retrato de la profesión médica se dibuja todos los días, desde las escuelas de medicina, la intimidad de una consulta o en la relación del profesional con las enfermeras. En esta sección se hará un corto recorrido por las diferentes epistemes de la Salud y de la Medicina, para llegar a caracterizar la medicina en sus principales rasgos.

2.2.1. Evolución del concepto de Salud

El eje conceptual salud atraviesa transversalmente la profesión médica, de allí que se mencionará la manera como la salud, arraigada en la historia del ser social, se configura en un constructo vertebral, siempre influenciado por los cambios y transformaciones sociales, donde intervienen entre otros aspectos las concepciones mágico religiosas, las articulaciones entre sociedad y Estado, las respuestas sociales a las necesidades humanas, entre otros. La mirada de la salud va a configurar la perspectiva médica y el camino tomado por la medicina marcará a su vez los rumbos del oficio y del profesional de la medicina.

Es objeto de otras investigaciones el profundizar en un constructo tan amplio como la salud, de allí que sólo se harán breves referencias para las tres grandes épocas históricas que sirvan de marco referencial al estudio: la Edad Antigua, la Edad Media y la Edad Moderna. Dando inicio al repaso, tempranamente se ubica en la antigüedad un concepto como el de armonía, vigente en la cultura helénica y vinculado con la búsqueda del equilibrio vital. Las ideas de Pitágoras (582-497 a. C.) de acuerdo a las cuales el número marca el límite, el orden y la armonía del Cosmos fueron también aplicadas a los seres humanos. Para los griegos la armonía del todo y de sus partes es lo que genera en el hombre vida y salud; la desarmonía lleva a la enfermedad y a la muerte, esos principios tendrían similitudes con las creencias sobre la armonía tanto en la milenaria medicina china que promueve la integración del ying y el yang como con el equilibrio de fuerzas vitales en la India. (Vega-Franco, 2002)

Las primeras concepciones de la salud la vinculan como una especie de don divino y sólo se presentará un cambio su concepción alrededor de siglo V A.C. con la aparición de los tratados de Hipócrates (Üstün & Jakob, 2005; Gil Montes, 2004) quien otorga explicaciones racionales a los fenómenos físicos y concibe la salud como un estado en el que los 4 humores la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra se encuentran en continuo equilibrio; además de una visión unitaria del hombre, en la cual se contemplaba al cuerpo humano como una unidad formada por el alma y por el cuerpo. Estos escritos fueron recopilados por Galeno, con el nombre de *Corpus Hippocraticum* (Juramento Hipocrático)

En la era cristiana hay un cambio radical de concepción de la salud y la enfermedad, si se toma en cuenta que en el pasado la enfermedad era considerada como un castigo, para los griegos incluso podía ser símbolo de inferioridad, en esta etapa histórica, la enfermedad también puede significar *purificación y gracia*. Según el nuevo testamento y por numerosas fuentes entre ellas la congregación de la doctrina de la fe (Congregación de la Doctrina de la Fe, El Vaticano, 2012) se hallan muestras de la relación de Jesús con la enfermedad, y hace ostensible el testimonio de Jesús a favor de los enfermos en su actividad pública, la relación de Jesús con los enfermos fue constante, y en el rol de sanador realizó muchas curaciones "*Jesús recorría todas las ciudades y aldeas; enseñando en sus sinagogas, proclamando la Buena Nueva del Reino y sanando toda enfermedad y toda dolencia*" (Mt 9, 35; cf. 4, 23), además de otros pasajes emblemáticos como la curación del paralítico de Bethesda (cf. Jn 5, 2-9.19.21) y del ciego de nacimiento (cf. Jn 9). A partir del lugar privilegiado que Jesucristo y Dios da a los enfermos, se presentó su curación y cuidado como una obligación de los cristianos, y en concordancia con sus principios se mantuvo en la Iglesia *una misión sanadora y curadora*, junto con la construcción de una

infraestructura por la cual se erigieron hospitales a partir del Siglo VI así como los conventos y monasterios, que se dedicaron especialmente al cuidado del enfermo. (Sigerist, 1974).

Tal como plantean varios autores (Almeida y Silva, 1999; Foucault, 1980, 1979; Siles, 1999), las bases doctrinarias de los discursos sociales sobre la salud emergen en la segunda mitad del siglo XVIII, en Europa Occidental, a partir de un proceso histórico de disciplinamiento de los cuerpos y de definición de identidad de los sujetos, que incluiría la higiene y la esfera moral y normativa.

La revolución industrial a partir del siglo XVIII supondrá cambios sociales, demográficos y políticos que obligarán a la adopción por parte de los encargados de salud de medidas para paliar o mejorar las nuevas condiciones derivadas de la explosión social y la modificación en las condiciones de vida de los trabajadores y pobladores. Con la organización de las clases trabajadoras y el aumento de su participación política, principalmente en los países que alcanzaron un mayor desarrollo de las relaciones productivas, como Inglaterra, Francia y Alemania, se incorporaron temas relativos a la salud en la agenda de reivindicaciones de los movimientos sociales del período. (Rosen, 1980)

Los conceptos de Frank sobre la higiene, dan inicio a definiciones sobre el cuidado y la búsqueda de la salud física, que ya no son vistas únicamente como una condición para unos privilegiados si no que se convierten en una función controlada y organizada por los Estados y gobiernos. El rol del Estado se vuelve más protagónico, y las propuestas de una Política Médica establecen su responsabilidad como creador de estrategias, además de leyes y reglamentos referentes a la salud en lo colectivo, que le dan un papel también como fiscalizador de su aplicación social, de forma que los discursos y prácticas de salud abarcarán a su vez un ámbito jurídico-político (Siles, 1999; Rosen 1980; Almeida y Silva, 1999)

Mientras en Europa, luego de las crisis del 29, se creó un sistema de salud amparado en los sistemas de seguros sociales existentes que después se transformaron en sistemas de seguridad social, en América Latina, el Estado y en algunos casos el sector industrial han sido los aportantes económicos de la seguridad social (Gil Montes, 2004), no obstante la realidad de cada país es particular y las políticas de salud han sido manejadas de forma diversa en cada uno de ellos.

La salud, que hoy en día se considera como un concepto central en la garantía de la calidad de vida de la población, no siempre ha contado con enfoques sociales de abordaje, que valorizasen el papel central del ser social en los modelos que promovía, de allí la importancia de revisar sintéticamente la trayectoria del concepto y como se concibe hoy en día. La salud ha pasado por grandes variaciones conceptuales, desde las fisiológicas que apuntaban más a la ausencia de la enfermedad, definiéndola como la ausencia de enfermedades, que alterarían el bienestar físico y el cuerpo; pasando por las definiciones más citadas y de alguna forma reflejo del giro en la visión de la salud de la OMS (1948) como “...un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad, es un derecho fundamental, y el logro del nivel más apto posible de salud es una meta social de máxima importancia a nivel mundial.”; hasta los conceptos más vinculados con la ética en los cuales “la salud no es ante todo un problema de bacterias, sino un problema de ética.”(Dr. Kretschmer, en Outomuro & Sánchez, 2008) o los que apelan al sentido crítico de la realidad “Salud es aquella forma de vivir autónoma (es decir, con libertad de escoger, y por tanto, de estar informado y con sentido crítico) solidaria (en colaboración con los demás) y alegre, que se da cuando se va asumiendo la propia realización.”(Domínguez Carmona, 1988).

La búsqueda de conceptos alternativos sobre la Salud en América Latina lleva a encontrarnos con nuevos constructos como *salud social*, *salud comunitaria*, *salud colectiva*, entre otros que reivindican el valor de una *salud comprometida*, que es crítica con el sistema social que la enmarca y que al mismo tiempo ofrece alternativas a problemas como la medicalización, la mercantilización de los servicios médicos o el paternalismo de la relación médico paciente.

Entre las concepciones alternativas que establecen modelos históricos y de corte social, se pueden señalar los de la salud colectiva, que de acuerdo con Almeida y Silva (1999) ve la salud como un estado vital, articulado a la estructura de la sociedad a través de sus instancias económica y político-ideológica, cuyo objeto sería la investigación de los determinantes de la producción social de las enfermedades y de los servicios de salud; y el modelo de salud comunitaria, definido en términos de la participación en salud no sólo como un mecanismo para garantizar la sostenibilidad de los programas sino la construcción de redes de protección y solidaridad de los grupos sociales para comprender e influir en la salud de la comunidad (Martín-García, Ponte-Mittelbrun & Sánchez-Bayle, 2006).

Las nuevas visiones sobre la salud reclaman *salir* del ámbito fisiológico y hacen que hoy en día sea difícil concebirla sin considerar los aspectos sociales y culturales de las comunidades donde se impartirán las políticas sanitarias, como se observa en un documento de la comisión de los determinantes sociales de Salud de la WHO (2005), el diseño de las políticas de atención primaria en salud debe triangular los determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales, partiendo del contexto socioeconómico y político y coordinando los actores implicados.

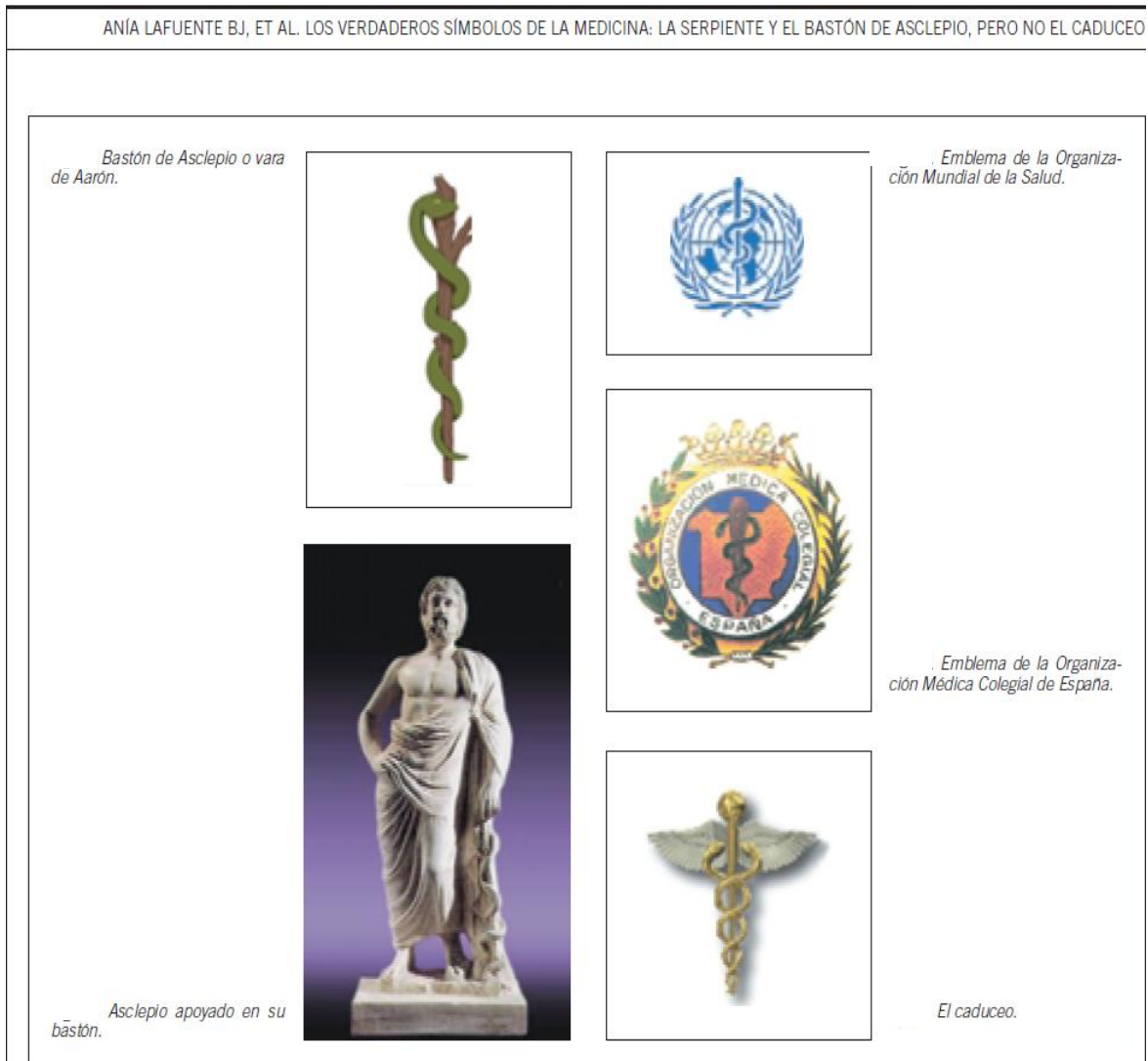
Al revisar las visiones de salud, todavía estas se ubican lejos de un estado ideal de bienestar biopsicosocial. La concepción fisiológica prevalece en el sistema de salud y en el sistema médico. Todavía para algunos profesionales de la medicina, si el organismo físico no posee alteraciones visibles, existe salud y sólo cuando hay una alteración del organismo aparece la enfermedad. La enseñanza de la medicina, la exploración y examen del enfermo y la terapéutica habitual se basan aún en la identificación de alteraciones en el organismo en el nivel fisiológico. (Kornblit y Mendes, 2000)

2.2.2. Desarrollo de la medicina

Paralelo al desarrollo de múltiples puntos de vista sobre la salud, creció, se desarrolló y sigue cambiando todos días el **concepto de Medicina** y por tanto de los profesionales que la ejercen. El significado etimológico de medicina, proviene del latín clásico, *medeor*, que significa *cuidar*. En algunos países, si se hurga en cómo se denominaban los antiguos médicos eran llamados "físicos", nombre que permanece todavía en los países de habla inglesa para referirse a ellos (**physician**), de modo que se arrastra con un modelo de medicina aun bastante fisiológico, que se propone atacar al organismo físico olvidando sus dimensiones psicológicas, sociales y culturales.

La medicina ha ido evolucionando y cambiando de significado tanto para sus propios miembros como para la sociedad y los pacientes, de la misma forma lo han hecho sus emblemas, de los cuales el más popular ha sido el bastón de Esculapio (Anía, Asenjo y Suárez, 2002), que ha sido adoptado como símbolo por la mayoría de las sociedades médicas profesionales, y forma parte del emblema oficial de la Organización Mundial de la Salud (WHO), de la Organización Médica Colegial de España y de varios colegios médicos en el mundo. La serpiente simboliza la enfermedad, la destrucción, la muerte pero también el rejuvenecimiento y la curación, por su costumbre de cambiar la piel. El palo representa a los árboles sagrados, que eran vistos como una conexión cósmica entre el mundo real y lo

supremo, pero también ha sido concebidos como una ayuda, su soporte en la misión y el largo periplo emprendido por Esculapio y los profesionales de la medicina para la sanación; en síntesis el bastón de Esculapio representa la lucha entre la vida y la muerte.



A continuación se hará una breve reseña de la historia de la profesión médica, que servirá para comprender como permanecieron principios médicos como los hipocráticos hasta la Edad Media, la manera como el cristianismo cambió el concepto de salud y medicina adoptando la sanación como misión no solo religiosa sino social y de qué forma los acelerados descubrimientos a partir del renacimiento modificarían la cara eclesiástica de la medicina a otra científica, política y social, conducida a velocidades trepidantes.

En la Grecia antigua (Gil Montes, 2004; Siles,1999) se desarrolla el pensamiento de Hipócrates (siglo V A.C), recogido luego por Galeno, que da inicio a la construcción de un cuerpo teórico, más racional y menos mágico, sobre la naturaleza del cuerpo, y trata de la teoría humoral, que se refiere a 4 fluidos del cuerpo humano, llamados humores: la sangre, la pituita o flema, la bilis amarilla y la bilis negra y la forma como se manifestaba la salud cuando estos cuatro elementos se encontraban en equilibrio. El pensamiento hipocrático va a representar el comienzo del orden científico, racional del conocimiento médico (Coe, 1970)

Según Siegrist (1974), existían sociedades médicas en el Imperio Romano, cuyo propósito era el culto común de sus patronos Esculapio e Hygiea así como acrecentar los conocimientos de los facultativos. También se dice que la sociedad médica de Efeso ofrecía anualmente premios a la curación más brillante efectuada por uno de sus miembros o a la invención del mejor instrumento quirúrgico.

La teoría de los cuatro humores siguió influyendo en los médicos en la Edad Media, y a partir del siglo XII, cuando se conoció en occidente la literatura árabe, se manifestó un gran influencia en el pensamiento médico, se considera que Rhazes, Alí Abbas y Avisena, en el este del mundo árabe, y en España, Abulcasis, Averroes, Avenzoar y el judío Moisés Ben Maimún, mejor conocido como Maimónides, tuvieron esta teoría como fundamento de su práctica médica (Siegrist, 1996; Vega-Franco, 2002).

En la Edad Media no sólo las prácticas de sanación se dan en los monasterios y centros religiosos, en razón del deber cristiano de curar a los enfermos y los cambios en el concepto de salud, también hay una gran diversidad de agentes dedicados a la sanación; los médicos, cirujanos, barberos, sangradores, boticarios, comadronas, entre otros. Los médicos medievales pertenecían al clero y eran en muchos casos cristianos. En esta época se funda la primera escuela de Medicina, Escuela Medica de Salerno en Italia, que florece en el siglo XII, influenciada por las nuevas traducciones de libros médicos árabes al latín y con la particularidad de estar conformada por clérigos y laicos y de aportar literatura que, si bien no era completamente original, siguiendo las fuentes árabes y antiguas, acrecentó considerablemente el saber médico de su tiempo. Luego vendrán las fundaciones de otras escuelas de Medicina o de los Colegios San Cosme y San Damián, cuyos miembros se dividían en dos categorías: los cirujanos de capa larga, entre los cuales todavía habían clérigos y los de capa corta. El profesional médico se convirtió con esta adscripción a las universidades en “un doctor”, nombre, que forma parte de su identidad y que todavía se mantiene hoy en día (Siles, 1999; Siegrist, 1974).

Desde la perspectiva del prestigio o el estatus de la profesión como ocupación científica, autores como Coe (1970, p.370) sostienen que durante la Edad Media decayó el prestigio del médico *“desapareció la práctica de la medicina como una ocupación especial reconocida, quedando reducida a médicos académicos aislados que seguían las enseñanzas de Galeno y de la Iglesia. Generalmente la asistencia médica se basaba en creencias de folk medicina y en prácticas que tenían sus orígenes en la ignorancia y la superstición. Con la nueva preocupación por la búsqueda de la verdad y el desarrollo de los métodos científicos, la práctica de la medicina resurgió como una importante especialidad ocupacional.”*

Cambios radicales para la medicina traerán consigo los avances del renacimiento, por un lado porque se rompe con la visión religiosa de la Edad Media para ceder paso a un proceso de lógica y razonamiento científico y por otro porque en el siglo XV con la invención de la imprenta se inició una revolución de comunicación cultural en la medicina que permitió la transmisión del conocimiento de grandes médicos creadores de la medicina moderna científica, tales como Vesalio, Serveto, Paracelso y Paré. Incidirán en la construcción de una nueva identidad médica a partir de esa fecha descubrimientos como la descripción de la Anatomía, la aparición de la teoría de la circulación de la sangre (William Harvey, 1628) o el descubrimiento de instrumentos médicos como el microscopio. (Coe, 1970; Cruz-Coke, 2007).

En la Era Moderna, se dan giros sociales que permiten el cambio del “elitista” cariz de las profesiones a uno más “funcionario” o “común”, y tendrían como consecuencia el auge de las clases medias en el mundo occidental a lo largo del siglo XIX, lo que eliminó el acceso por nacimiento o patronazgo a las profesiones y abrió el mundo de las profesiones a otros sistemas meritocráticos en las escuelas universitarias. Desde la segunda mitad de siglo XIX inciden notablemente los descubrimientos y avances que repercutieron en el mayor control de las enfermedades, el dominio tecnológico y del conocimiento sobre los otrora graves problemas de salud. Dentro de estos grandes adelantos en la medicina, ya como una profesión basada en el modelo científico, vale mencionar: la teoría de la patología celular, la teoría microbiana de la enfermedad, el descubrimiento de los antibióticos, el desarrollo de la inmunología, la anestesia, los rayos X, la endocrinología, la epidemiología, la genética y la biología molecular, entre otros.

Si bien se pierde de vista la evolución técnica dentro del mundo médico, otros cambios también lo permean, como son: la evolución del concepto de salud hacia modelos sociales o colectivos, los avances y diferencias en los

sistemas de seguridad social y sanidad, la integración cada vez más fuerte de las ciencias medicas y las ciencias sociales, así como la influencia de sistemas que han persistido pero se han transformado, como el sistema hospitalario. Numerosos hechos han influido de una u otra manera en las características de la profesión, siendo algunos de los mas significativos: 1- la estructura de doble sistema de autoridad de los hospitales, que permite la existencia de una autoridad administrativa y otra autoridad carismática que es la que domina a los profesionales de la medicina; 2-la naturaleza autoritaria del hospital moderno según la cual se señalan las responsabilidades y la verticalidad del mando, impregna la forma de ser de la profesión.3- la tendencia a la especialización y no la generalización de los antiguos médicos 4-cambios en el ejercicio liberal de la profesión, que disminuye y obliga a la adscripción del profesional de la medicina a instituciones públicas y privadas, en calidad en funcionario o empleado, 5- los cambios en la feminización de la profesión, entre otros. (Coe, 1970; Jovell y Navarro, 2006).

Luego de haber conceptualizado el término profesiones, sus diferentes enfoques y sus características, pasando por el marco de las visiones de salud y bienestar, y la profesión médica, en la siguiente sección se reflexiona sobre un concepto de gran interés y actualidad en el debate médico, el profesionalismo.

2.3. El profesionalismo médico

El ejercicio del profesional de la medicina ha ido experimentando cambios radicales si lo vemos en retrospectiva, desde su origen aristocrático hasta la fractal realidad de nuestros días. La globalización, los nuevos modelos de gestión, los avances tecnológicos y educativos, entre otros, han dejado huella en la personalidad, el actuar y las formas asumidas por la profesión médica. Una complejidad de factores impactan en el significado de su trabajo, la manera de concebir el profesionalismo y la identidad, que es mucho más que la auto-imagen del profesional de la medicina. La profesión médica presenta una crisis de identidad, el sentimiento de confusión e impotencia ante los giros que ha tomado la profesión hacia la burocratización o despersonalización generan descontento (Donelan, 1999), insatisfacción (Zuger, 2004), malestar (Ansoleaga, Toro, Godoy, Stecher & Blanch, 2011), infelicidad (Smith, 2001; Edwards, Kornacki y Silversin, 2002; Kassirer, 1998) pero también como acertadamente acotó uno de los especialistas en la materia, el profesionalismo se mueve de la misma forma entre *la nostalgia y los motivos* (Hafferty & Levinson, 2008).

2.3.1 El paradigma clásico de la profesión médica

Como antecedentes clave en los planteamientos en torno a la crisis del profesionalismo cabe mencionar tres dentro del amplio panorama de la producción bibliográfica del siglo pasado y el presente, pero que son seleccionados por reflejar de forma paradigmática, el malestar del profesional de la medicina con su propio trabajo, ellos son: el informe Flexner (1910), el editorial de la British Medical Journal (Smith, 2001) sobre la infelicidad de los profesionales de la medicina y el artículo liderado por la Asociación Médica de Medicina Interna (Sox, ABIM, ACF-ASIM, EFIM, 2002).

El informe de la Fundación Carnegie llevado a cabo a principios del siglo XX, por el Dr. Abraham Flexner (1910), en su clásico trabajo sobre la situación de la medicina en los Estados Unidos y Canadá hace un detallado análisis de la educación médica en estos países así como de la realidad de más de 100 facultades de medicina de América del Norte, hallando entre otras situaciones una brecha entre la educación que recibían los futuros profesionales y los intereses de los pacientes o graves problemas de infraestructura, recursos técnicos y económicos a los que se enfrentaban las escuelas de medicina. Lo paradójico es revisar el informe Flexner a la luz de planteamientos como los de Cooke, Irby, Sullivan y Ludmerer (2006) quienes afirman que 100 años después todavía la educación médica no está preparada para asumir las necesidades de la población y los retos de la medicina.

Por su parte Smith (2001) en su editorial de la British Medical Journal, dejaba al descubierto la crisis de la profesión médica, concebida para el cumplimiento de los más elevados valores, al plantear que su infelicidad en parte se debía a la existencia de un *contrato falso* basado en premisas que suponen la capacidad del médico para resolver problemas salud e incluso sociales más allá de su alcance, y propone un nuevo contrato que debe contemplar el partir de la existencia de limitaciones en los profesionales de la medicina así como la necesidad incluso de apoyo psicológico.

También vale mencionar en estos hitos de producción de materiales con impacto social en los que se plantea la impotencia de los médicos ante los giros que ha dado la profesión o la nostalgia de los profesionales por el pasado, el editorial de diversas asociaciones médicas americanas y europeas (Sox, ABIM, ACF-ASIM, EFIM, 2002), que señala al *profesionalismo* como base del contrato social de la medicina, promovido a

través de tres principios: supremacía de los derechos del paciente, autonomía del paciente, justicia social, en especial por la réplica contundente que recibió de más 1500 respuestas y comentarios por parte de asociados, académicos y personal perteneciente al campo médico.

2.3.2. De la profesionalidad al profesionalismo

El profesionalismo, más allá de la discusión conceptual, tiene años demostrando ser uno de los tópicos de más alto impacto en la medicina, tanto en los procesos de formación como de ejercicio profesional (Rothman, 2000), entre otras razones por las connotaciones éticas, motivacionales y vocacionales que encierra, de allí el crecimiento en la producción teórica y empírica alrededor de este constructo. *¿Por qué el profesionalismo y no otro concepto? y ¿Qué hay detrás de un concepto tan conocido para ser del interés de numerosos estudios en cientos de bases de datos? ¿Por qué es uno de los tópicos casi fijos de conferencias y seminarios médicos?* Si bien un conjunto de organizaciones pueden utilizar el discurso del Profesionalismo para someter a sus trabajadores a condiciones precarias o manipularlos (Evetts, 2003), de la misma manera reúne una serie de principios que abren oportunidades para discutir las disyuntivas y quiebres en el ejercicio profesional que se producen al enfrentarse a nuevas condiciones de trabajo, situaciones precarias o modelos de trabajo despersonalizados, que desvirtúan su rol profesional y su papel en la relación con la comunidad o los pacientes en el marco de los sistemas de salud.

La respuesta al interés creciente en el *profesionalismo* en el campo médico puede reflejarse en otras disciplinas, sin embargo tendría vinculación con varios de estos factores en el campo médico: 1-Parte del reconocimiento del problema de las crisis y la ruptura del contrato social de los profesionales de la medicina, que constituye un gran paso en una profesión blindada a peticiones de pacientes por colegios profesionales y sitiada por un ethos de tradicional ejercicio del poder, 2- Busca la sobrevivencia de una profesión, otrora prestigiosa y ahora cuestionada por exigencias crecientes, los cambios de los modelos de gestión, el contexto social de crisis y precarización, 3- Quiere re-establecer un diálogo con su vocación genuina, el nexo con la sociedad, con los pacientes, retomar un vínculo vital extraviado en algún momento por la influencia de los modelos mercantiles, las corrientes individualistas o simplemente el abuso de nuevas tecnologías.

Los Cambios en el mundo del trabajo médico. La sucesión de eventos en el contexto de la profesión médica ha sido constante, dinámica y a velocidad trepidante. Mientras Marañón (1962) ya hace referencia al cambio de la imagen del profesional de la medicina, Flexner (1910, p.17) “*de producir menos y mejores profesionales*”, Tauber (2011) en pleno siglo XXI llama a la reflexión de por qué no han cambiado como parte de “*la autoconsciencia ética*”. En el marco de una globalización, caracterizada por un conjunto de transiciones y eventos ineludibles de la sociedad moderna hacia una realidad de interconexiones a todo nivel, en la cual lo local ya es global y el riesgo “*manufacturado*” (Giddens, 2000), el mundo médico se enfrenta a la incertidumbre. Se reseñan a continuación algunos aspectos del **contexto** que están influyendo en las mutaciones del significado del trabajo médico y en la crisis del profesionalismo, que se manifiestan en una sociedad de proyectos individuales y colectivos, movidos entre la imprevisibilidad y la inseguridad (Beck, 1999, 2002).

La complejización en el cambio tecnológico y la gestión del conocimiento médico. Pardell (2009) ilustra como los avances tecnológicos apoyados en el desarrollo de la informática o la vinculación con otras ciencias, representan cambios drásticos en el panorama médico, con desarrollos como: el nacimiento de nuevas ciencias como la bioinformática, la nueva Medicina Genómica, los descubrimientos en nanotecnología que permitirá la utilización de “*nanoaparatos*” y “*nanomecanismos*”, la neurociencias y la miniaturización que ha abierto expectativas de implantes de prótesis internas y externas que sustituyan funciones dañadas o desaparecidas, entre muchos.

Los grandes avances logrados por la ciencia y la tecnología médicas así como los procedimientos diagnósticos y los recursos terapéuticos, han representado considerables triunfos técnicos para la ciencia pero también han influido en el desgaste de la relación médico-paciente (Marsiglia, 2006). Autores como Strauss, Fagerhaugh, Sucek & Wiener (1985.p.3.) se refieren a la “*maquino dependencia*” que ha generado en los grandes hospitales de los países desarrollados, la red de nuevos tratamientos y tecnologías, que se sustentan en nuevos equipos, maquinaria y personas especializadas en manejarlos.

La desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios. Por un lado, las sociedades han presentado una colectivización de la provisión de los servicios sanitarios como estrategia para garantizar un acceso equitativo a la salud, que ha traído como consecuencia el cambio, la transformación del funcionariado médico. En este sentido la Organización Mundial de la Salud OMS (2010) y sus estados miembros se comprometieron en 2005 a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que toda la

población mundial pueda tener acceso a los servicios sanitarios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos. Ante el reto de esta «cobertura universal o sanitaria» los gobiernos se afrontan dilemas como el financiamiento, la protección de las personas de las consecuencias financieras de la enfermedad y del pago de los servicios sanitarios y la promoción del uso racional de los recursos disponibles. Sin embargo, los cambios acelerados como la aparición en el corto plazo de tecnologías médicas de punta, la propagación de la información de forma casi automática, grandes avances en la sociedad del conocimiento y la investigación científica, a su vez han venido acompañados del incremento de los costos de los servicios médicos para los que no cuentan con Seguridad Social, crecientes desigualdades en el acceso a los servicios de salud de los más desfavorecidos o aumento del costo o inaccesibilidad de los medicamentos (Castells, 1996; 2000; OMS, 2010)

La ruptura o el agotamiento del contrato social médico (Crues & Crues, 2000; Jovell y Navarro, 2006; Wynia, 2008) constituye para muchos el centro de la crisis que se ha ido produciendo en la profesión médica, sustentado en la impotencia para responder a las expectativas de la sociedad y la crisis de representación y legitimación social de la figura del médico (Jovell y Navarro, 2006). Siendo la medicina una de las profesiones más antiguas de la historia de la humanidad y con un “contrato implícito” de especial permanencia e intensidad con la sociedad, en los últimos años se han producido cambios de lado y lado, desde la posición del paciente se ha abandonado la confianza ciega en la figura médica y ha adoptado posiciones más críticas hacia los tratamientos y la recomendación médica; por el lado de los profesionales, también se experimentan mayores tensiones fruto del contexto, la pérdida de prestigio y el desgaste del propio del trabajo.

La evolución en las características de los pacientes, cada día más exigentes, informados y críticos, la masificación al acceso de tecnologías de información, así como la madurez alcanzada por estos, han determinado entre otros factores, una nueva etapa en las relaciones entre los profesionales de la medicina y sus pacientes. El foro español de pacientes reseña los principios que rigen el Decálogo de los Pacientes (Foro Español de Pacientes, 2003), una declaración que deja bastante claro el nuevo espíritu de la relación y cuyo objetivo es plasmar las nuevas reglas del vínculo médico-paciente, que comprenderían entre otras: 1- la necesidad del paciente de poseer información de calidad, con pluralidad de fuentes, en un lenguaje inteligible y adaptado a la capacidad de entendimiento de los pacientes, 2-las decisiones sobre una intervención sanitaria deben estar guiadas por el juicio médico, basado en el mejor conocimiento científico disponible, pero atendiendo siempre que sea posible a la voluntad

expresada por el paciente y a sus preferencias explícitas sobre calidad de vida y los resultados esperables de las intervenciones. 3- garantizar el respeto a los valores, la autonomía y dignidad del paciente informado. 4- promover una relación médico-paciente basada en el respeto y la confianza mutua. 5.- buscar la formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para los profesionales de la medicina. 6- lograr la participación de los pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria, 7.- buscar la democratización formal de las decisiones sanitarias, que siempre deben estar centradas en los pacientes, entre otras

Las escuelas de medicina, como espacio donde se inicia la socialización de los profesionales de la medicina, siguen siendo fundamentales en una profesión caracterizada por un prolongado e intenso proceso de educación y especialización (Coe, 1970). Estos centros de formación en USA y Canadá dieron un giro considerable en términos de calidad y recursos hace más de 100 años a partir de trabajos como el informe Flexner (1910), cambios que ya habían comenzado hace siglos al sustituir los viejos sistemas de ingreso clasistas por sistemas de méritos o el impacto de la feminización de la profesión, pero estos no han sido suficientes. La educación profesional no se ha desarrollado al ritmo de los cambios exigidos por la sociedad (Hafferty,1994; Frenk, Chen, Bhutta, Cohen, Crisp, Evans, Fineberg, García, Ke, Kelley, Kistnasamy, Meleis, Naylor, Pablos-Mendez, Reddy, Scrimshaw, Sepúlveda, Serwadda, Zurayk, 2011; Palange, Busari, Hare, McKillop, Noël, Rosen, Simonds & Stevenson, 2012), entre otras razones, según estos autores, por tener un currículo fragmentado, obsoleto y estático que produce graduandos mal equipados; una descoordinación entre las competencias y las necesidades de los pacientes y de la población; una persistente estratificación de los géneros en el estatus profesional; un enfoque técnico limitado; encuentros episódicos en lugar de un cuidado de salud continuo; una predominante orientación hacia los hospitales a expensas de la atención primaria; desbalances cuantitativos y cualitativos en el mercado laboral profesional e incluso el "tribalismo" profesional, que aísla la profesión y la hace entrar en competencia con otras

La incorporación de los Nuevos modelos políticos y de gestión en el ámbito de la salud, como es la **Nueva Gestión Pública (NPM)**, ha determinado cambios relevantes en las formas de trabajo para la profesión médica, generando nuevos estilos de trabajo, a lo cual se agregan complejidades de los sistemas de salud (Freire y Repullo, 2011), como son la prestación en el ámbito de lo público, la naturaleza profesional de la Medicina y el contexto institucional y político que los rodea. Estos elementos explicarían porque el modelo de Nueva Gestión Pública es inconsistente si solo se aplica con criterios empresarizados, mercantilistas

(Homedes & Ugalde, 2005b) lejos de las realidades que les dan origen (aculturados) o por el contrario, puede contribuir a combatir graves problemas como la burocratización, la corrupción (Nickson, 2002), la politización de los servicios públicos de salud que son el punto de partida de una realidad excluyente pero también particular. En América Latina la implementación del NPM debe tomar en cuenta las diferencias de la realidad de la administración pública latinoamericana, donde prevalecen factores políticos, burocráticos, que constituyen realidades diversas a la visión descentralizada de Europa o Norteamérica. Las reformas a los sistemas de Administración Pública no pueden surgir de fórmulas, ni de decálogos.

En España por ejemplo el tiempo para atender a un paciente es de aproximadamente 5 minutos, en los cuales el profesional debe llenar una base de datos en el ordenador, realizar el examen médico, y finalmente conversar con el paciente. *¿En este corto periodo de tiempo se podrá atender con calidad un paciente?* Las relaciones con los profesionales de la medicina en el pasado eran de verdadera *comuni6n* y muchas veces la relaci6n trascendía el vÍnculo médico-paciente para incorporar al profesional de la medicina en el círculo de amigos y allegados. No basta con hacer el trabajo en el periodo de tiempo asignado o cumplir con la cuota diaria de consulta, 20 o 30 personas que esperan, es necesario revisar la calidad de la atenci6n que se ofrece, la satisfacci6n del contacto médico-paciente y las razones de la plenitud que se lograba en el pasado.

Nuevos criterios de trabajo como el empoderamiento, la “accountability” o la rendici6n de cuentas (Oriol y De Oleza, 2003) forman parte de las líneas de gesti6n a implementar en los sistemas sanitarios, en aras de optimizar su funcionamiento, y generar un nuevo consenso social entre todos los involucrados en la prestaci6n de los servicios sanitarios. Desde la administraci6n pÚblica catalana (Oriol y De Oleza, 2003, p.56,70) se espera encontrar equilibrio entre las propuestas de aumentar la eficiencia y los valores médicos, sobre todo en un contexto laboral frágil en el cual son cada vez más frecuentes los recortes presupuestarios y la interinidad como forma de precariedad y fragmentaci6n de la experiencia laboral.

La mercantilización o **empresarización** de los sistemas de salud se presenta como un componente, ya antiguo, en la gestión de los sistemas de salud (Lifshitz, 2003) y contribuye a visiones miopes de los derechos de salud o a fortalecer roles *robotizados* del profesional de la medicina, ahora visto como un “prestador de servicios”, que atiende a un “usuario”. Serían diferentes las propuestas de mejora de los sistemas, basadas en principios auténticos de calidad, que tomaran en cuenta los recursos, no solo técnicos sino humanos y organizacionales.

El profesional de la medicina comparte en su mayoría un trabajo asalariado con consultas privadas, dependiendo cada día más de un sueldo, de las posibilidades de plazas escasas en los hospitales públicos, y por tanto perdiendo la estabilidad e incluso la posición privilegiada de antaño. Este fenómeno de asalarización, también denominado proletarización (Guillen, 1990; Freidson, 1970), es la conversión de una profesión que en su origen fue mayoritariamente liberal a una funcionarial, con un mayor impacto en la frágil situación de los trabajadores de países en vías de desarrollo.

Rituales como la consulta médica se han modificado notablemente. Si bien en la investigación no se podrá profundizar en el ritual de la consulta médica, es necesario definir como se le conceptualiza. Existen numerosas definiciones sobre los rituales, como las de Meek (1988) que plantea que toda organización tiene formas de conductas ritualizadas, y establece citando a Leach (1968, p. 524) que el ritual puede “*hacer cosas y decir cosas*”, agregando como ejemplo a los rituales de curación que forman una clase amplia y están distribuidos por todo el mundo. En el caso de esta investigación, el ritual es visto en consonancia con el concepto de Díaz Cruz (1998) como “*una acción representacional presente en toda cultura: una práctica simbólica no necesariamente religiosa y opuesta a las acciones técnicas; es una acción susceptible de ser interpretada o decodificada que está integrada por dos elementos: los signos externos o visibles que nos remiten a los significados internos*” (Díaz Cruz, 1998, p.22).

Algunos indicios en la modificación de la consulta médica, como espacio privilegiado de sanación y diálogo entre profesional de la medicina y el paciente, tienen que ver con: cambios en aspectos como la duración, cada vez más corta, la incorporación de nuevos instrumentos simbólicos, como el ordenador o la disminución de componentes como el contacto visual o la conversación. La pérdida de la comunicación efectiva, la poca escucha, el apuro, la falta de atención al paciente, y por tanto el cambio de la dinámica de la consulta médica es reflejada en estudios como los de Torres, Acosta y Aguilar (2004, p.18) así como también la focalización de los

profesionales de la medicina, en algunos casos, no en el paciente, sino en problemas fisio-biológicos (Álvarez y Álvarez, 2011)

Medicalización. La sociedad se ha enfrentado a un proceso de creciente medicalización, en la cual etapas como la vejez o periodos de la vida como el embarazo, son promovidos como enfermedades, trayendo como consecuencia la creación de nuevas representaciones y de necesidades médicas y de consumo. La responsabilidad de los profesionales de la medicina es contribuir o evitar estas situaciones. La medicalización ha sido definida por Conrad (1992) como *“un proceso a través del cual los problemas no médicos se definen y son tratados como problemas médicos, usualmente en términos de enfermedades o desórdenes”*. (1992, p.209). En esa línea autores como Martínez (2008) establecen la relación de la medicalización con el consumo, al formular *“1) Que por la vía de la medicalización se transforman en enfermedades simples dolencias, pequeñas molestias o inquietudes de la más variada índole; 2) Que la medicalización logra hacer de “la salud” y del sistema sanitario un artículo de consumo más. Sería una manifestación más de un modelo social consumista. Esto es: las sociedades desarrolladas puede decirse que se constituyen en consumidoras –también- de servicios médicos”*. (2008, p.19)

En Iberoamérica han sido amplios los focos temáticos desarrollados alrededor de los factores psicológicos que comprende la experiencia del profesional de médico, pudiéndose identificar dentro de esta diversidad las investigaciones que apuntan a los riesgos psicosociales a los que se enfrentan los profesionales de la medicina, tal como se puede observar en la tabla Tabla N° 10. Dentro de estos riesgos presentes en la experiencia psicológica del trabajo están: **el Síndrome del Burnout** o de desgaste (Guevara, Henao, Herrera, 2004; Aranda, Pando, Aldrete, Salazar, Torres, 2004; Alvarez, Arce, Barrios, Sánchez de Coll, 2005; Cebrià, Segura, Corbella, Sos, Comas, García, Rodríguez, Pardo, Pérez, 2001; Bernal, Ferrer, Palma, Ger, Domènech, Gutiérrez, Cebrià, 2006; Osuna, Medina, Romero, Álvarez, 2009; Castañeda & García, 2010; Lima, Buunk, Araújo, Chaves, Muniz, Queiroz, 2007; Joffre, Peinado, Barrientos, Lin, Vázquez, Llanes, 2010; Pera & Serra-Prat, 2002; Prieto, Robles, Salazar, Daniel, 2002; **el Malestar** (García & Fernández, 2003; Manitta, 2005; Doval, 2007; Ansoleaga, Toro, Stecher, Godoy & Blanch, 2011); **el Estrés** (D’Anello, Marcano & Guerra, 2000; Blandin & Martínez, 2005; Egüez, 2009; Hernández, 2003; Bethelmy & Guarino, 2008), **la Violencia en Profesionales de la medicina** (Paravic, Valenzuela & Burgos, 2004; Miret & Martínez, 2010; Jiménez, Vico & Zerolo, 2005; Cantera, Cervantes &

Blanch, 2008). Sin embargo, desde el punto de vista más psico-social y con un abordaje macro interesa mencionar los que se han enfilado por el impacto de las **Reformas de los Sistemas de Salud** en profesionales de la medicina, tanto los que mantienen una posición de presentar las consecuencias constructivas y las perjudiciales de las reformas en salud (Infante, 2011; Avilés y Lobo, 2010; Lethbridge, 2004; Rigoli & Dussault, 2003; Brito, 2000; Méndez, 2009) como aquellos que se inclinan por considerar el fracaso de las reformas de salud y señalar su cariz neoliberal (Homedes & Ugalde, 2005a; Jiménez, 2004; Blanch y Stecher, 2009)

Tabla N° 10. Revisión de literatura sobre riesgos psicosociales de los profesionales de la medicina en América Latina

Los médicos ante las reformas de los sistemas de salud	Jiménez, J.P. (2004). Bienestar y satisfacción de los médicos con el ejercicio de su profesión en un sistema de salud en proceso de reforma. <i>Revista Médica de Chile</i> , 132, 635-636
	Infante, A. (2011). Nuevo profesionalismo, educación médica y sistemas de salud. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 16(6), 2725-2732
	Jiménez, J. (2004). Cambios en el entorno del trabajo médico. <i>Revista Médica de Chile</i> , 132, 637-42
	Avilés, R. y Lobo, A. (2010). La justificación de las políticas de salud pública desde la ética y la eficiencia económica. <i>Gaceta Sanitaria</i> , 24(Suppl.1), 120-127.
	Lethbridge, J. (2004). Public sector reform and demand for human resources for health. <i>Human Resources for Health</i> , 2(15)
	Rigoli, F. & Dussault, G. (2003). The interface between health sector reform and human resources in health. <i>Human Resources for Health</i> , 1(9), 1-12
	Brito, P. (2000). Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral <i>Revista Panamericana de Salud Publica</i> , 8(1/2), 45-54
	Méndez, C. (2009). Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma. <i>Revista Panamericana de Salud Publica</i> , 26(3), 276-280
	Homedes, N. & Ugalde, A. (2005a). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. <i>Revista Panamericana de Salud Publica</i> , 17 (3), 202-209

Malestar	García Pérez, M., Fernández Rodríguez, M. (2003). El malestar del médico ante algunas aplicaciones del control de costes: ¿es una muestra de inmadurez ética? <i>Atención Primaria</i> , 31,389-93
	Manitta, G. (2005) El Malestar en la Relación Médico- Paciente. <i>Acta Bioethica</i> , a-o XI, 1
	Doval, H. (2007) Malestar en la medicina. Insatisfacción y descontento en los médicos. <i>Revista argentina de cardiología</i> , 75(4), 336-339
	Ansoleaga, E.; Toro, J. P.; Stecher, A.; Godoy, L. y Blanch, J. M. (2011). Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la región metropolitana. <i>Revista Médica de Chile</i> , 139, 1185-1191.
Burnout	Guevara, C., Henao, D., Herrera, J. (2002). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali. <i>Colombia Médica</i> , 35(004), 173-178
	Aranda, C., Pando, M., Aldrete, M.G., Salazar, J.G., Torres, T.M. (2004) Síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Guadalajara, México. <i>Revista de Psiquiatría</i> , 31(4), 142-150
	Alvarez, A., Arce, M.A., Barrios, A., Sánchez de Coll A. (2005) Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. <i>Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina</i> , 141, 27-30
	Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P.; Comas, O., García M., Rodríguez C., Pardo, M.J., Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. <i>Atención Primaria</i> , 27(7), 459-468
	Bernal, J., Ferrer, M., Palma, C., Ger, S., Domènech, M., Gutiérrez, I., Cebrià, J. (2006). Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome del burnout. <i>Anales de Psicología</i> , 22(1), 45-51
	Osuna, M., Medina, L., Romero, J., Alvarez, M. (2009) Prevalencia del síndrome Burnout en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 24 de Tepic, Nayarit, México. <i>Atención Familiar</i> , 9,16(2), 24-27.
	Castañeda, E. & García, J. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i> , 39(1)
	Lima, F.; Buunk, A.; Araújo, M.; Chaves, J. ; Muniz, D. ; Queiroz, L.(2007). Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia. <i>Rev Bras Educ Méd</i> , 31(2), 137-46.
	Joffre, V., Peinado, J., Barrientos, M., Lin, D., Vázquez, F., Llanes, A. (2010). Síndrome de burnout en médicos de un hospital general en el noreste de México. <i>Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad</i> , 1(1), 1-23

	Pera, G. & Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. <i>Gaceta Sanitaria</i> , 16(6), 480-6
	Prieto, L.; Robles, E.; Salazar, L., Daniel, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. <i>Atención Primaria</i> , 29(5), 294-302
Stress	D'Anello, S., Marcano, E. y Guerra, J.C. (2000). Estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del hospital universitario de los Andes. <i>MedULA</i> , 9(1-4), 4-9.
	Blandin, J. & Martínez, D. (2005). Estrés Laboral y Mecanismos de Afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout. <i>Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología</i> , 51(104), 12-15
	Egüez, S. (2009). Calidad de vida, estrés, depresión y red de apoyo social en médicos residentes de la caja nacional de salud de Cochabamba. <i>Revista Médica de la Sociedad Cochabambina de Medicina Familiar</i> , 1(1), 14-19
	Hernández, J. (2003) Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. <i>Revista Cubana de Salud Pública</i> , (29) 2, 103-110
	Bethelmy, L. & Guarino, L. (2008) Estrés laboral, afrontamiento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos. <i>Revista Colombiana de Psicología</i> , Universidad Nacional de Colombia, 17, 43-58
Violencia	Paravic, T., Valenzuela, S., Burgos, M. (2004) Violencia percibida por trabajadores de Atención Primaria De Salud. <i>Ciencia y Enfermería</i> , (2) 53-65
	Miret, C. & Martínez, A. (2010) El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. <i>Anales Sis San Navarra</i> , 33(1), 193-201.
	Jiménez, M., Vico, F., Zerolo, F. (2005) Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. <i>Atención primaria</i> , 36(3), 152-158
	Cantera, L., Cervantes, G., & Blanch, J. (2008). Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. <i>Papeles del Psicólogo</i> , 29, 49-58.

Concepto de Profesionalismo

Debido a la amplitud en las discusiones sobre Profesionalismo, antes de entrar a su conceptualización, se le distingue de otros 3 conceptos afines, pero no iguales, que son la profesionalidad, el nuevo profesionalismo y la profesionalización. La profesionalidad es un término usado por algunos autores (Borrell-Carrio, Epstein y Pardell, 2006) que significaría en castellano lo mismo que profesionalismo, pero que según estos autores sería más fiel al concepto. Por su parte el nuevo profesionalismo plantea reelaborar muchos de los elementos del anterior paradigma hipocrático y propone una “ética de los valores” (Infante, 2011) y la profesionalización es el proceso de institucionalización y categorización del conocimiento a través de las profesiones, sus principios y leyes.

Partiendo de la existencia de **multiplicidad de conceptos de Profesionalismo**, que se pueden apreciar en la tabla N° 11, y de la necesidad de delimitar un eje teórico para efectos de la investigación, debido a la variedad conceptual y la ausencia de un consenso sobre los términos pero si sobre la relevancia de su ejercicio de la profesión médica (Martimianakis, Maniate y Hodges, 2009; Rosselot, 2006; Freire y Repullo, 2012), se ha decidido agruparlos en diferentes bloques conceptuales que sirvan de guía para una posterior reflexión sobre los criterios más ajustados a la investigación.

Al considerar el profesionalismo **como valor social o institucional** las definiciones son mayoritarias e incluyen algunas tan puristas como la de “*forma de comunidad moral basada en la membresía ocupacional*” (Durkheim, 1957); visto desde el punto de vista **normativo** se define como el proceso de colegiación profesional e identidad compartida que contribuye a un sistema social normativo compartido (Parsons, 1939). En el caso del enfoque weberiano este atributo se concibe como un proceso de la sociedad moderna funcionarial, en el cual la profesión crea unas oportunidades estamentales y formas de educación para determinadas clases de profesiones (Weber, 1922) o el resultado de un proyecto profesional exitoso, que garantiza el monopolio del conocimiento (Larson, 1977). Otras definiciones más operativas lo conciben como una serie de atributos para distinguirse de las ocupaciones (Hall, 1968) o un cúmulo de virtudes y competencias (Rosselot, 2006)

Desde el punto de vista de su naturaleza **ideológica**, el profesionalismo es concebido por algunos como un conjunto de principios manipulador del sentido del trabajo y un contribuyente al logro de intereses de grupos poderosos, en este sentido Fournier (1999) la define como una "ideología de grupos poderosos que dominan y controlan otras profesiones y que también capturan y negocian ofertas...", Mills (1957) estableció que el

profesionalismo está al servicio de un privilegiado monopolio y otras concepciones directamente le acusan de ser un sirviente de la ideología liberal como las de O'Reilly & Reed (2011) que plantea *“se identifica como una metáfora y discurso residual, dominante y emergente, aprovechados por las elites que formulan e implementan políticas para enmarcar y legitimar los discursos de política coherente para la modernización de los servicios públicos del Reino Unido”*. En esa misma línea otros le achacan ser usado como instrumento ideológico y mecanismo para promover y facilitar el cambio ocupacional, que busca convencer a los empleados, profesionales y otros trabajadores para desarrollarse y conducirse en los términos en los cuales la organización o la institución consideren apropiado, efectivo y eficiente (Evetts, 2003).

Como tercera vía, el profesionalismo también se sitúa como un valor que puede rescatar valores como el humanismo y que sirva para volver a sus orígenes: *“Desde el punto de vista social, representa una oportunidad que descansa en un posicionamiento activo para reafirmar los valores del ideario profesional, para promoverlos, fomentarlos y ejercerlos.”* (Horwitz, 2006).

En el marco de la presente investigación, se desea ser crítico con las posiciones institucionales, tomar la actitud de alerta que presentan los modelos que critican el profesionalismo sólo como ideología y en síntesis, se le concebiría como ***el conjunto de principios y valores que orientan el ejercicio de los miembros de una profesión con el objetivo de cumplir con sus ideales y lograr el máximo beneficio para los otros, en el marco de un contrato de colaboración con la sociedad.***

Tabla N° 11. Síntesis conceptual del profesionalismo

ORIENTACION	DEFINICION	AUTOR
VALOR SOCIAL	<i>"Es una forma de comunidad moral basada en la membrecía ocupacional "</i>	Durkheim
	El proceso de colegiación profesional e identidad compartida que contribuye a un sistema social normativo compartido	Parsons

	Partiendo de un origen de las profesiones mágico-carismático, se centra más en la profesionalización que en el profesionalismo, y la concibe como un proceso de la sociedad moderna funcional, en el cual las profesiones crean unas oportunidades estamentales y formas de educación para determinadas clases de profesiones	Weber
	Es una fuerza para la estabilidad y la libertad en contra de la invasión industrial y las burocracias gubernamentales	Carr-Saunders & Wilson
	Es un constructo multidimensional, se identifican cinco dimensiones actitudinales específicas; el deseo de la autonomía profesional, compromiso con la profesión, identificación con la profesión, ética profesional y creencia en el mantenimiento colegial de estándares	Kerr, Von Glinow Schriesheim
	"Un cúmulo de virtudes, aptitudes no cognitivas, atributos, competencias generales y destrezas específicas, surge hoy día como un requerimiento esencial de una formación idónea, que se manifiesta exigentemente en el cuerpo académico y debe estar incorporada en todo el proceso de aprendizaje de quienes adquieren las competencias resaltadas como parte de su bagaje profesional	Rossetot
FORMA DE DOMINACION, IDEOLOGIA	<i>"...Una ideología exitosa que había entrado en el vocabulario político de un amplio rango de grupos ocupacionales en sus reclamos y competencia por el estatus y los ingresos..."</i>	Mills
	<i>"El resultado de un proyecto profesional exitoso es un monopolio de competencia legitimada por la "experticia" oficial sancionada y un monopolio de credibilidad con el público."</i>	Larson
	Ideología que ha entrado en el vocabulario político de un gran rango de grupos ocupacionales, en sus reclamos y la competición por el estatus y los ingresos	Jhonson
	Una ideología ocupacional distintiva y método de organización del trabajo ha estado aumentando la desmitificación y descredito en la política economía amplia	Reed
	Sitúa al profesionalismo como una metáfora y discurso residual, dominante y emergente, aprovechado por las elites que formulan e implementan políticas para enmarcar y	O'Reilly & Reed

	legitimar los discursos de política coherente para la modernización de los servicios públicos del Reino Unido.	
	"En muchos de los nuevos contextos ocupacionales, donde el profesionalismo es impuesto desde afuera, el valor normativo del concepto de profesionalismo ha venido siendo usado como un instrumento ideológico y un mecanismo para promover y facilitar el cambio ocupacional. En efecto, el profesionalismo ha sido usado para <i>convencer, engatusar y persuadir a los empleados, profesionales y otros trabajadores</i> para desarrollarse y conducirse en los términos en los cuales la organización o la institución consideren apropiado, efectivo y eficiente. Y trabajadores "profesionales" están muy dispuestos a captar y reclamar los valores normativos del profesionalismo". Dice que hay tres formas de definirlo macro, meso y micro, como valor social, como ideología.	Evetts
MODELO ALTERNATIVO, TERCERA VIA	"Desde el punto de vista social, representa una oportunidad que descansa en un posicionamiento activo para reafirmar los valores del ideario profesional, para promoverlos, fomentarlos y ejercerlos."	Horwitz
	No es un término estable, un constructo que se puede aislar, aprender y medir, es algo socialmente construido en interacción	Martimianakis, Maniate, Hodges

2.3.3. Tendencias actuales en el profesionalismo médico

En los últimos tiempos el interés y la polémica sobre el profesionalismo médico han crecido exponencialmente. Con un gran reparto de actores intervinientes, los pacientes, las empresas farmacéuticas, los compañeros de otras profesiones sanitarias, constituye hoy más que nunca un tópico determinante en las ciencias sociales y no podía ser menos al referirse a los profesionales que día a día manejan el bien máspreciado de los seres humanos, la salud y la vida. El profesionalismo y los cuestionamientos que giran a su alrededor (proletarización, desprofesionalización, anti-profesionalismo, crisis profesional) no son sólo temas del momento o “*trending topics*” en el lenguaje de las redes sociales, son inquietudes sociales, producto de una realidad que se revierte en preguntas hacia la formación, los valores que acompañan la acción profesional y médica, el compromiso con el trabajo y la continuidad de la vocación.

Si nos referimos a las temáticas sobre las que ha girado la discusión del **profesionalismo médico**, se pueden identificar en la Tabla N° 12 varios macro núcleos temáticos en un grupo muy seleccionado de textos, debido a la amplitud de la información existente en las principales bases de datos de medicina y ciencias sociales, limitándola en su mayoría a aquellos trabajos con aportes representativos para la presente investigación, en los últimos 10 años, entre ellos: el profesionalismo médico como alternativa al mercantilismo (Sox, ABIM, ACF-ASIM, EFIM, 2002; Swick, 2000; Chandratilake, McAleer, Gibson y Roff, 2010; Rosen & Dewar, 2004); el profesionalismo como mecanismo de dominación ideológica (Evetts, 2003, 2009; Aultman y Wear, 2006); la respuesta de la profesión médica ante los nuevos modelos de gestión pública (Kälble, 2005; Hansson, 2000; Watt, Nettleton, Burrows, 2008; Hafferty y Light, 1995; Doolin, 2002; Thomas & Hewitt, 2011); el contrato social médico (Wynia, 2008; Cruess, Cruess & Johnston, 2000; Cruess & Cruess, 2000); la discusión y construcción del concepto de profesionalismo (Jha, Bekker, Duffy & Roberts, 2006; Castellani y Hafferty, 2006; Hafferty & Castellani, 2010; Hafferty & Levinson, 2008; Vand de Camp & Vernooij-Dassen, 2004; Wagner, Hendrich, Moseley & Hudson, 2007; Martimianakis, Maniate & Hodges, 2009; Lucey y Souba, 2010; Lynch, Surdyk & Eiser, 2004; Campbell, Regan, Gruen, Ferris, Rao, Cleary & Blumenthal, 2007).

Tabla N° 12. Síntesis conceptual Profesionalismo Médico

Profesionalismo como alternativa al Mercantilismo	El profesionalismo como base del contrato social de la medicina, que promueve tres principios: supremacía de los derechos del paciente, autonomía del paciente, justicia social	Sox, ABIM,ACF-ASIM, EFIM (2002)
	El profesionalismo médico basado en la confianza de los pacientes y el público	Swick (2000)
	La visión del profesionalismo médico en los encuestados se midió en términos de buena conducta, altos valores y actitudes positivas.	Chandratilake, McAleer, Gibson y Roff (2010)
	El nuevo profesionalismo es un concepto dinámico, arraigado en una larga tradición de servicio y altos estándares éticos, y formada por las expectativas del público. Destaca la confianza en la relación con los profesionales de la medicina y el conseguir la implicación plena de los médicos en la mejora de la atención sanitaria	Rosen & Dewar (2004)
El profesionalismo como mecanismo de dominación	A pesar que no se refiere exclusivamente al panorama médico se considera una visión crítica del profesionalismo, impuesto desde afuera, como un valor normativo que puede ser usado como instrumento ideológico de dominación con los empleados	Evetts (2003)
	Se identifica como una metáfora y discurso residual, dominante y emergente, aprovechados por las élites que formulan e implementan políticas para enmarcar y legitimar los discursos de política coherente para la modernización de los servicios públicos del Reino Unido.	O'Reilly & Reed (2011)
Cambio de la profesión médica ante los	Los médicos enfrentan cambios radicales en la estructura de sus profesiones y también en las prácticas de cuidado y el servicio a los pacientes	Kälble (2005)

nuevos modelos de gestión pública	Según el autor el enfoque del NPM y de la Calidad aplicado en un hospital sueco, pretende redirigir las actividades del hospital hacia un enfoque orientado al cliente y no al paciente, cambiando la tradicional relación medica, por otros principios como el rendimiento, con un enfoque gerencialista	Hansson (2000)
	Las nuevas definiciones del profesionalismo médico sugieren a los médicos ser afectuosos y expresar empatía, pero al mismo tiempo trabajan en un sistema que les obliga a ser objetivos, fiables, así que existe ambivalencia. Sobre las nuevas condiciones sienten ambivalencia y pérdida de conocimiento tácito y explícito en la práctica médica	Watt, Nettleton, Burrows (2008)
	Se plantea el desarrollo de los “médicos ejecutivos”, que adaptan su identidad gerencial a la organización donde trabajan (Montgomery (1990, 1992), a través de un proceso de re-profesionalización individual, así como los cambios del trabajo por el efecto de crecimiento de profesiones como la enfermería	Hafferty & Light (1995)
	Los programas neoliberales, el discurso gerencial y empresarial influyen sobre la autonomía profesional, aunque los resultados son complejos y diversos en los hospitales de Nueva Zelanda donde se realiza el estudio	Doolin (2002).
	Se examinan las vinculaciones entre la NPM y la posible emergencia de nuevas y diferentes formas de profesionalismo como fuente de interesantes retos para los sociólogos. Se analizan los cambios de los servicios públicos en las sociedades post-industriales y su repercusión en los grupos profesionales y los clientes	Evetts (2009)
	Según el artículo, que parte del análisis del discurso, el discurso solo es insuficiente para explicar los cambios influenciados por las estructuras sociales y plantea que el gerencialismo si afecta a los profesionales de la medicina, pero los efectos son variables e inciertos, por las complejas articulaciones entre gerencia pública y	Thomas & Hewitt (2011)

	clínicos. “La idea de rodar sobre los profesionales de la gerencia pública, como los tanques que ocupan una ciudad capital y aplastar la resistencia no es realista.”	
	Se formulan problemas como la influencia de la política en los profesionales de la medicina de Estados Unidos, o el cinismo reinante, pero además el contrato social tiene que adaptarse a la época y debe incluir temas como la distribución de recursos, la calidad de la medición y la interacción con otros actores del sistema social como reguladores y compradores con los profesionales y pacientes.	Wynia (2008)
Profesionalismo y contrato social	El contrato entre médicos y sociedad se basa en el profesionalismo, además la Medicina funciona dentro de los sistemas de salud desarrollados por la sociedad, pero la sociedad debe tener respeto por el “sanador”, que es el origen de la profesión médica, junto con sus valores de altruismo, moralidad y virtud	Cruess, Cruess & Johnston (2000)
	Existe una ventana de oportunidad para redefinir el contrato del profesional de la medicina con la sociedad, y es la que se deriva de la insatisfacción del público con el servicio de los que gestionan la salud, en el gobierno (en Canadá) o en el sector privado (en los EE.UU.) así que los pacientes están pidiendo el regreso del profesionalismo médico, con sus valores fundamentales de conocimiento científico y altruismo.	Cruess & Cruess (2000)

Son diversos los conceptos existentes sobre el profesionalismo médico que colocan los intereses de los pacientes por encima de los del profesional de la medicina, proponen establecer y mantener estándares de competencia e integridad, y proporcionar experticia a la sociedad en materia de salud; en esa línea se encuentra la definición de Reynolds (1994) para quien el profesionalismo médico debe ser entendido como el conjunto de valores, actitudes y comportamientos orientados al servicio del paciente y de la sociedad antes que en beneficio propio y la de Swick (2000) cuyo centro es la confianza *"El profesionalismo médico se compone de los comportamientos a través de los cuales los médicos demuestran que son dignos de la confianza depositada en ellos por los pacientes y el público porque están trabajando para el bien de los pacientes y el público."*

Para efectos de esta investigación y tomando en cuenta la variedad de vertientes presentes en el tema del profesionalismo médico, se parte de una visión del profesionalismo en el campo médico dentro del enfoque centrado en el paciente (Askham & Chisholm, 2006; Rosen & Dewar, 2004) y en el cumplimiento de un nuevo contrato social de la medicina con la sociedad (Cruess & Cruess, 2000). Se comparten los principios expuestos por Sox, Proyecto de la Fundación Americana de Medicina Interna ABIM, el Colegio Americano de Médicos–la Sociedad Americana de Medicina Interna ACF-ASIM y la Federación Europea de Medicina Interna EFIM (2002), que hacen hincapié en la confianza y la primacía del beneficio del paciente, dejando sentado que el profesionalismo es la base del contrato médico con la sociedad. Para los autores el profesionalismo se describe en términos sociales, como la base del contrato social de la medicina con la sociedad y busca la preponderancia de los intereses de los pacientes por encima de los del médico, establecer y mantener estándares de competencia e integridad, y proporcionar experticia a la sociedad en materia de salud, además que los principios y las responsabilidades del profesionalismo médico deben ser claramente entendidos por la profesión y la sociedad. El profesionalismo buscaría tres principios: bienestar del paciente, autonomía del paciente y justicia social, abarcando tanto la dimensión más individualizada de atención al paciente como las metas sociales de altruismo y humanismo que pueden derivar de la justicia social.

En el marco de los cambios presentados por la profesión médica, en línea con los principios medulares de bienestar para el paciente y justicia social, se concibe el Profesionalismo médico en la presente investigación, en términos de *una visión orientativa de la profesión médica que ubica al paciente en el centro de la relación profesional, estableciendo un vínculo de responsabilidad, confianza y respeto con la finalidad de garantizar el contrato social de la medicina con la sociedad.*

El Profesionalismo como una oportunidad para brindar otra ética profesional, pudiera ser una fuerza de cambio del siglo XXI (Hafferty & Castellani, 2010), una ventana de oportunidades (Cruess & Cruess, 2000), pero esta filosofía que rescata el espíritu médico, también puede ser utilizada ideológicamente en los casos en los que los trabajadores sufren condiciones de precariedad, fragilidad laboral o desgaste laboral, de allí la visión crítica que una postura de tercera vía debe poseer.

En el marco de la discusión sobre el profesionalismo se considera la discusión de tres principios: 1- el profesionalismo no es un modelo “nuevo” de actuación profesional, pero si debe adaptarse a los nuevos tiempos y modelos de salud hermenéuticos; 2- los principios del profesionalismo encuentran puntos de coincidencia con el rol originario de sanador del profesional de la medicina, pero sin que medie el paternalismo; 3- La clave del nuevo modelo de profesionalismo es construir un nuevo contrato social, que se fundamente en enfrentar y superar las condiciones de injusticia laboral (precariedad laboral, condiciones de malestar ocupacional que afectan a los profesionales de la medicina), pero que también reestablezcan el primer lugar del paciente.

1-Sobre el *nuevo profesionalismo*, la discusión en torno al profesionalismo médico no se puede referir a este concepto como algo **nuevo** (Infante, 2011; Pardell, 2003a, 2004), aunque ciertamente cambian las condiciones, el momento histórico, los valores propulsados no son en su mayoría valores nuevos, los médicos ya antes de Cristo practicaban la humanidad, el desinterés, la ética. En el caso de Infante (2011) sostiene que el nuevo profesionalismo reelabora muchos de los elementos del anterior paradigma hipocrático y propone una “ética de los valores”, cuando como se desprende de la extensa bibliografía ya aportada lo que busca el movimiento del profesionalismo es rescatar los valores originarios de la medicina, valores hipocráticos, pero insertados en una nueva realidad del trabajo, dar respuesta al contexto de cambios políticos y sociales a través de un nuevo vínculo con la sociedad y sus actores.

2- Los principios del profesional médico ahora deben buscarse en la práctica y los orígenes del sanador (Cruess & Cruess, 2000; Cruess, Cruess & Johnston, 2000), más que en los del funcionario. Esto sin caer en las tentaciones de abordar roles paternalistas como en el pasado, sino restableciendo los principios de la humanidad médica. Se desprende del análisis de la literatura del profesionalismo, una gran nostalgia, la necesidad y la urgencia de los profesionales de la medicina por retomar los principios del oficio médico, la atención desinteresada, la relación cercana con el paciente, el dialogo sobre sus experiencias y su vida.

3- La clave del profesionalismo médico es construir un nuevo contrato social, fuera de los parámetros de poca integridad o desinterés por el paciente que presentan algunos. Se ha perdido el contrato social existente en una parte del colectivo médico que antepone su beneficio, la ascendencia social y económica, a la salud del paciente. De la urgencia de este cambio son prueba numerosas declaraciones y publicaciones (Pardell, 2009; Pardell, Gual y Oriol, 2007; Jovell y Navarro, 2006). Sin duda que el nuevo contrato social debe abarcar temas tan complejos como: la nueva autoridad médica basada en su conocimiento, valores de humanismo y respeto mutuo, colaboración, y no en la autoridad formal; el manejo estratégico de la información médica en el mundo de las nuevas tecnologías; el funcionamiento efectivo de los nuevos principios para una relación adulta, de interés e intercambio mutuo médico-paciente; la gestión de principios de salud menos dependientes de la medicación y más enfocados de la vida sana de los pacientes y su autogestión, entre otros.

Por su parte en el contexto iberoamericano los focos temáticos desarrollados sobre el profesionalismo médico (Tabla N° 13) en la última década han tomado auge, pudiéndose apreciar aquellos que presentan el panorama de crisis de la profesión y el rescate de los valores del profesionalismo (Rodríguez, 2004; Patiño, 2004; Ortega, García, Biagini, 2006; Vukusich, Olivari, Alvarado, Burgos, 2004; Horwitz, 2004; Toro, 2011; Rosselot, 2003, 2006; Marsiglia, 2006) y los que además de describirla especifican las consecuencias de los cambios del contexto o las alternativas de los profesionales para enfrentar la situación : el mayor grado de resignación y conductas de escape (Jimenez, 2005); rearticular y reenfatizar los valores que han caracterizado el ideario profesional (Horwitz, 2006); regular las relaciones de los profesionales médicos con las empresas farmacéuticas (Doval, 2008); pedir consentimiento a los pacientes, darles la oportunidad de ser responsables y decidir lo mejor en un ambiente de ética y humanismo (Carvallo, 2005); enseñar el profesionalismo integrando las habilidades, las actitudes y los valores de confianza y bienestar (Hernández-Escobar, Hernández-Camarena, González, Barquet-Muñoz, 2010); reelaborar el paradigma hipocrático y proponer una ética de los valores (Infante, 2011); diseñar espacios educativos orientados a la formación integral y al desarrollo del profesionalismo (Morales-Ruiz, 2009); rendir cuentas a aquellos a los que se presta servicio y a la sociedad (Jovell & Navarro, 2006), entre otros.

Tabla N° 13. Matriz de análisis literatura Profesionalismo Médico en Iberoamérica

Tópico General	Aporte	AUTOR/ES
Profesionalismo: Cambios en la profesión médica	Estudio empírico sobre profesionales de la medicina en Barcelona, con hallazgos como: las diferentes demandas del profesional de la medicina y el paciente, la pérdida del prestigio médico y el no cumplimiento de las expectativas de posición social, entre otros.	Rodriguez (2004)
	Partiendo de los conceptos de la ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine , plantea que el profesionalismo es una moralidad interna, que incluye conocimiento, autonomía, compromiso, altruista de servicio y rigurosa autorregulación. Así como se reclama el contrato a la profesión, esta también demanda respeto por parte de las empresas aseguradoras que dominan el sistema de Seguridad Social en Salud.	Patiño (2004)
	Hay un interés preminente en recuperar el profesionalismo médico, para rescatarlo de los factores económicos que lo gobiernan. Existe consenso de la primacía del paciente sobre el interés económico del médico así como que el profesionalismo también implica servicio a las poblaciones vulnerables. Se critica la corporativización de la medicina que hace que la relación con el paciente sea mediada por una institución prestadora de servicios a un cliente.	Ortega, García, Biagini (2006)
	Se hace una descripción del panorama de crisis de la profesión médica mencionando el énfasis en el modelo biológico, la pérdida del sentido profesional, la incertidumbre, entre otros y proponen que el cambio sea hecho por los propios trabajadores.	Vukusich, Olivari, Alvarado, Burgos (2004).
	Los resultados del estudio cualitativo dan cuenta de los cambios de la relación médico-paciente en el marco de nuevos contextos sociales, la disminución de la autonomía el profesional de la medicina o la mayor exigencia por parte de un paciente más informado.	Horwitz (2004)
	Enumera las características del cambio que está teniendo la profesión médica así como las características y los valores que debe poseer el profesional de la medicina, entre otros : Fidelidad a la confianza que deposita el paciente, Benevolencia, Compasión, Honestidad intelectual, además de valor,	Toro (2011)

	confianza, empatía, humanidad, franqueza y Respeto	
	La profesión médica es fundamentalmente humanista, y promueve la adhesión de las asociaciones de profesionales médicos del mundo a la declaración de la Federación Europea de Medicina Interna, el American College of Physicians-American Society of Internal Medicine y el American Board of Internal Medicine	Rosselot (2003)
	Existen muchas ventajas del uso de las nuevas tecnologías para la relación médico-paciente, pero algunos médicos están escépticos sobre su impacto en la educación de los pacientes. Formula interrogantes como las consecuencias de estos cambios en el rol del médico de cabecera y la relación médico-paciente, las implicaciones para el futuro de ese vínculo sagrado, el reemplazo del e-mail y, telemedicina en la comunicación personal médico-paciente y, las repercusiones de los anuncios de servicios médicos en la red, entre otros	Marsiglia (2006).
	Se ofrece una visión pragmática del profesionalismo como un cúmulo de virtudes, aptitudes no cognitivas, atributos, competencias generales y destrezas específicas, que es requerimiento esencial de una formación médica idónea	Rosselot (2006)
Estrategias para enfrentar el cambio a través del profesionalismo	Según el estudio ante la crisis de la profesión, los médicos mayores mostraron el mayor grado de resignación y conductas de escape, mientras los jóvenes enfrentan la situación de una manera activa, intentando agruparse, estudiando y ejerciendo acciones en el medio.	Jimenez (2005)
	La autora se sitúa en una visión del profesionalismo como forma de organización social y tercera vía más allá del mercado y el Estado, que intenta rearticular y reenfatar los valores que han caracterizado la medicina y el ideario profesional	Horwitz (2006)
	Se plantea el conflicto de intereses entre los principios de la profesión médica y las necesidades de la industria de fármacos y aparatos médicos, proponiendo que sean discutidos en los centros médicos antes de ser implementadas por las diferentes sociedades, con la finalidad colocar siempre en primer término los intereses de los pacientes. Entre las ideas del autor están regular los regalos, muestras médicas, apoyos para viajes e investigación.	Doval(2008)

	<p>El autor hace un llamado a recuperar la ética y el humanismo en la profesión médica, para comprender a la persona en su totalidad. La propuesta entre otras es buscar el consentimiento del paciente, dar al paciente la oportunidad de practicar su responsabilidad y decidir lo mejor para su salud en un ambiente amigable y de confianza</p>	<p>Carvallo (2005)</p>
	<p>Los autores proponen enseñar el profesionalismo, visto como lo que el profesional hace y “cómo lo hace”; es decir, es la integración de las habilidades, las actitudes y los valores con los cuales demuestra que merece la confianza que el paciente y la comunidad le otorgan, bajo la premisa de que antepondrá siempre la búsqueda del bienestar de estos como primer objetivo</p>	<p>Hernández-Escobar, Hernández-Camarena, Gonzalez, Barquet-Muñoz (2010)</p>
	<p>El nuevo profesionalismo reelabora el paradigma hipocrático y propone una “ética de los valores” en lugar de la antigua “ética de las virtudes” vinculada con la concepción de la salud como un bien público que debería ser preservado.</p>	<p>Infante (2011)</p>
	<p>El profesionalismo se entiende como el conjunto de conocimientos, habilidades, principios y valores que sustentan una práctica idónea de la medicina en el marco de los más elevados estándares de calidad científica, ética y humanística. Se proponen diseñar espacios educativos orientados a la formación integral y al desarrollo del profesionalismo</p>	<p>Morales-Ruiz (2009)</p>
	<p>Adoptan la definición del Royal College of Physicians de Londres, según la cual el profesionalismo estaría basado en el dominio de un conjunto de habilidades y conocimientos. “Es una vocación basada en la utilización del conocimiento, el aprendizaje o la práctica de una ciencia o un arte que la fundamenta y que se pone al servicio de los demás. Sus miembros profesan en su área de trabajo un compromiso con la competencia, la integridad y la moralidad, el altruismo y la promoción del bien público. Estos compromisos forman parte del contrato social entre profesión y sociedad, por el que se otorga a la primera como compensación el derecho a la autonomía en el ejercicio de su trabajo y el privilegio de la autorregulación. Las profesiones y sus miembros deben rendir cuentas a aquellos a los que se presta servicio y a la sociedad”.</p>	<p>Jovell & Navarro (2006)</p>

A nivel conceptual permanecen inquietudes y reflexiones a lo largo de la construcción del tema profesionalismo médico, a continuación algunas líneas para continuar elaborando alternativas a las interrogantes sociales que despierta : 1- El profesionalismo médico como alternativa al mercantilismo parte de una visión más comprometida de la educación médica,2- Las posibilidades del profesionalismo como promotor de cambios profundos en la visión de trabajo de los profesionales de la medicina considerando los límites existentes, presiones del contexto y las expectativas propias de los profesionales de la medicina.

1- El profesionalismo médico como alternativa al mercantilismo y su relación con la educación. La relación médico paciente ha sido una de las facetas más afectadas de la vida de los profesionales de la medicina en las últimas décadas. Esta se presenta cada vez menos sacralizada, y más espinosa no solo por la mayor divulgación de temas médicos, o del nivel educativo de la población, sino por el nuevo marco de relaciones sociales en las sociedades de los riesgos. De todas formas persiste la medicina como sistema experto (Giddens, 1994b). La pregunta es si querrán los profesionales de la medicina continuar atados a la visión paternalista de la medicina y la salud, como dueños de conocimiento y de la razón, ante una sociedad que ya no solo pide el conocimiento sino la madurez, el dialogo y la responsabilidad de asumirlo. Desde este punto de vista el profesionalismo es una oportunidad de re-construir un camino a veces dilapidado por los intereses de grupos económicos y el individualismo, que puede significar el regreso de los valores de humanismo y ayuda desinteresada del Corpus Hipocrático. Los nuevos programas educativos en la medicina deben incluir materias en torno a la deontología, la ética y la gestión de emociones y conflictos.

2 – El profesionalismo como parte del camino de búsqueda de principios humanistas en una perspectiva viable y realista. La búsqueda del profesionalismo debe ir más allá de la nostalgia, si quiere ver cristalizada sus inquietudes. Si bien es una ventana de oportunidades (Cruess & Cruess, 2000) para recuperar el contrato social, también es cierto que para salvar el contrato ético de la profesión, es conveniente abrir la discusión hacia la realidad a la que se tienen que enfrentar los profesionales sanitarios, marcada por factores que afectan su desempeño, como son: la imposición de modelos de *corte economicista o gerencialista* (Kirkpatrick, Ackroyd & Walker, 2005); las relaciones dominado-subordinado entre profesionales de la medicina y otros miembros de los equipos sanitarios como enfermeras (MacMurray, 2010); la violencia hacia los profesionales de la medicina, la copia de modelos liberales que no toman en cuenta la dimensiones

psicológicas, sociales y políticas de las organizaciones o visiones de productividad *sin responsabilidad colectiva*; el desmejoramiento de las condiciones salariales y de vida, entre otros.

En un contexto profesional de crisis económica mundial, disminución de empleo, implantación de nuevos modelos de gestión pública, o la pauperización de las condiciones de infraestructura física en los países en vías de desarrollo, la presión del sistema se puede inclinar por presiones para legitimar ideologías complacientes o solo derivar el políticas que subordinen la vocación a las necesidades primarias del empleo. Las complejidades del profesionalismo médico pasan por tomar en cuenta temas como la ambivalencia de los sentimientos y emociones del profesional de la medicina (Watt, Nettleton, Burrows, 2008) que experimenta la tensión entre mostrarse sensible a las situaciones humanas a las que se enfrenta y la permanencia de un paradigma de la medicina basada en la evidencia que subordina las emociones, el antiguo ojo clínico a experiencias y pruebas tangibles.

2.4. Significado del trabajo médico y profesionalismo en medicina

En el primer capítulo se describió el Significado del trabajo como el conjunto de actitudes, valores y formas de ver el trabajo y su experiencia en el contexto cambiante de hoy, además se discutió como influyen estos cambios en la construcción de la identidad sociolaboral, que a su vez también transforma el contexto.

El proceso de incorporación del tema profesionalismo médico en esta investigación, surgió al realizar la búsqueda de temas de interés para los profesionales, y encontrar los cuestionamientos y dilemas éticos que se formulaban ante los modelos mercantiles o deshumanizados de la medicina. En el camino se halló que la crisis del profesionalismo médico es una constante en la discusión en torno a los cuestionamientos y la reconstrucción de la identidad médica.

Dado que ya se han presentado los ejes teóricos Significado del Trabajo y Profesión Médica y Profesionalismo a detalle, en vías de articular ambas conceptualizaciones se considera útil hacer una reflexión final sobre la relación Profesionalismo médico y Significado del trabajo.

Como se describió en el capítulo I, el Significado del trabajo es una construcción psico-social compleja, dinámica que incluye dimensiones como la centralidad del trabajo, las normas societales sobre el trabajar, las metas laborales, los resultados valorados del trabajo y la identificación con el rol laboral. El profesionalismo forma parte de la dimensión normas laborales y la identificación con el rol laboral, de acuerdo con la estructura

multidimensional propuesta por el MOW (1987,1991), ya que esta vinculado con las normas y creencias sociales que el individuo posee sobre el trabajo, así como con la identificación con roles profesionales, ocupacionales, descritos en términos de deberes y derechos. En la figura N° 0 se observan las dimensiones del Significado del Trabajo, según el Modelo MOW y el lugar que ocuparía el Profesionalismo, en un modelo adaptado.

Figura N° 0. Modelo MOW del Significado del Trabajo y profesionalismo (adaptado por la autora)



FUENTE: MODELO MOW (1987)

El punto de encuentro entre el trabajo, su significado y el profesionalismo tiene perspectiva de futuro. Desde el punto de vista psico sociológico existiría un campo virgen que emprender en la relación significado del trabajo y profesionalismo porque la crisis del profesionalismo médico conlleva una crisis de identidad profesional, cambios en el significado del trabajo, re-significación de la experiencia del trabajo para el profesional médico. Los estudios sobre la crisis del profesionalismo se han centrado en un enfoque sociológico o médico, pero no han derivado en la integración con la realidad del trabajo y factores como: los cambios de identidad del médico, la vinculación de las inquietudes del profesional y los significados existentes.

El resurgimiento del profesionalismo, no como ideología de dominación, sino como cuerpo de principios de conducta vinculados al servicio, el compromiso social, genera oportunidades para la discusión psicosocial, con connotaciones educativas y políticas. Este concepto concierne a la colectividad. Ya hoy en día es un boom, y es posible que continúe siéndolo, abriendo discusiones propias, dando respuesta a las particularidades de cada comunidad o grupo de pacientes y abriendo potenciales líneas teóricas. Sería necesario desmitificar la relación médico paciente, recorrer otros conceptos de medicina social más participativa y menos individualizada y dejar sentada una nueva declaración de principios que orienten una visión más participativa y más situada socialmente de la medicina.

CAPÍTULO 3

La profesión médica

y las reformas

de los sistemas de salud

“Hay que estar en los zapatos de quien padece un cáncer y tiene que recurrir al sistema público de salud en Venezuela para saber de su agonía. Por eso publico este escrito llamado “La pesadilla de un cáncer sin dinero”, que asumo es de una persona enferma cuya identidad no tengo autorización de revelar, y narra lo que viven a diario los pacientes venezolanos.

“Le pido Presidente que regrese al país...Porque deseo que el Presidente sin padrinos, ni poder, como cualquier mortal pues, trate de curar su dolencia por los canales regulares que a muchos de nosotros nos toca seguir...

Quiero que haga triaje en un hospital sentadito en una sillita de metal a la espera de llenar los datos y esperar allí las 9 horas aproximadas que ese trámite le llevará. Que en él, mientras tanto vea niños, jóvenes, adultos, con ojeras, con sondas, con cables, con sangramientos, sentaditos igual que lo estará él cuando encuentre la sillita porque por lo general toca de pie o en el suelo.

Quiero que con ganas de vomitar y un dolor de cabeza bestial le toque levantarse a las 3 AM para estar en el hospital a las 4 y poder tener así la esperanza de obtener el anhelado número (siempre que haya pasado por triaje y tenga ficha). Quiero que cuando finalmente lo atiendan le pidan TAC especializados, gammagramas, resonancias, marcadores tumorales y descubra atónito que la mayoría de los hospitales y CDI NO HACEN ESOS ESTUDIOS; unos por tener el equipo dañado, otros por no haberlo tenido nunca.

Y entonces comience el vía crucis llamando a decenas de lugares, informándose de costos y escribiendo a media nación en la esperanza de ser ayudado en todo sentido para poder hacer los estudios solicitados, a sabiendas que el tiempo está corriendo en su contra. Quiero que sintiéndose peor cada día, y temeroso, y lleno de preguntas y dudas, viva la pesadilla de ser peloteado de un centro a otro. Quiero que viva en carne propia la desesperanza abrumadora cuando alguien lo mande secamente a callar, por quejarse...”

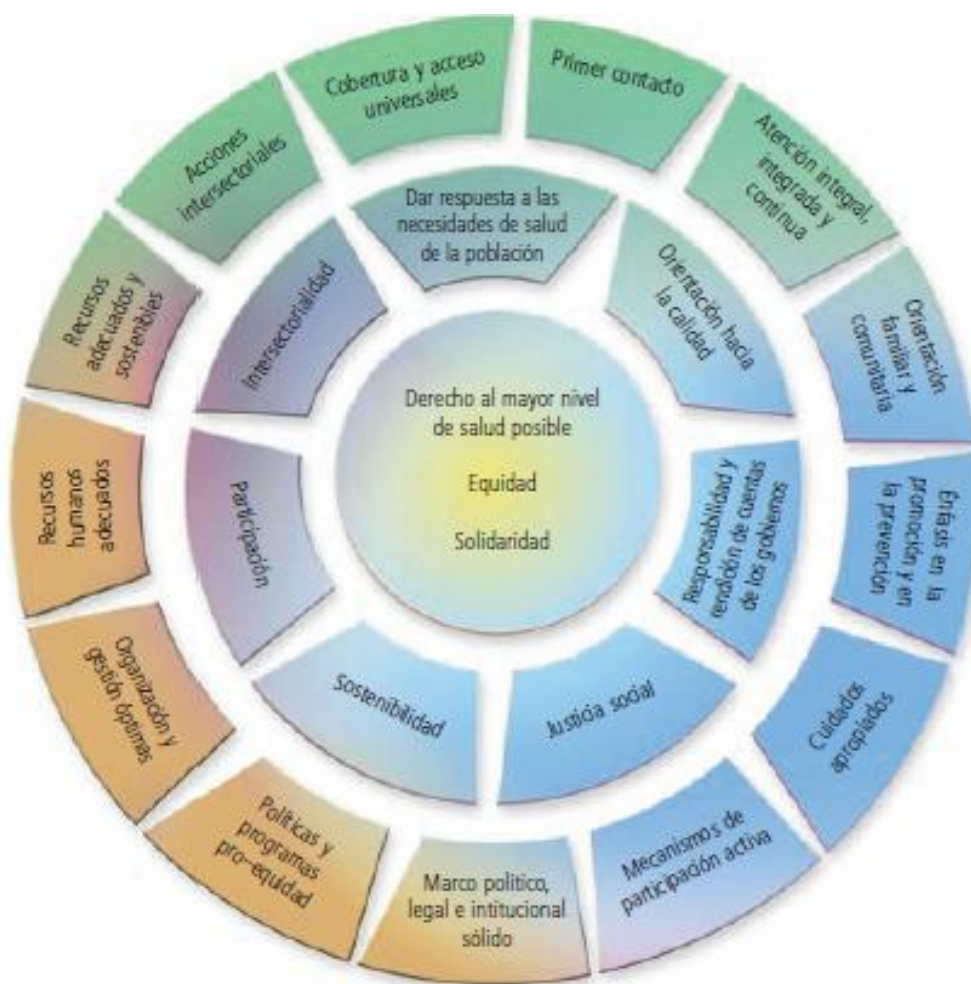
Rojas, C. 13-04-2012

En el marco de la presente investigación, en este apartado se describen a grandes rasgos las características de los sistemas de salud de los países participantes en el estudio, sus diferentes tipos de cobertura y la situación de los profesionales de la medicina. Sin ánimo de generalizar a partir de observaciones realizadas ante realidades tan complejas y heterogéneas como la de Latinoamérica y España, al final se intentan formular algunas ideas sobre la viabilidad de los sistemas y sus reformas.

3.1. Los sistemas Sanitarios de los países del estudio

El derecho al mayor nivel de salud posible sin distinción de raza, género, religión, orientación política o situación económica o social así como a un sistema de cobertura sanitaria universal se expresa en diversas constituciones nacionales y se presenta en múltiples tratados internacionales, entre ellos en varias declaraciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) y en documentos de la Organización Panamericana de la Salud OPS (2007). La OMS plantea que dada la evolución de la situación sanitaria mundial surge la exigencia de llevar a efecto la *“Política de Salud para Todos para el siglo XXI”* mediante políticas y estrategias regionales y nacionales y el compromiso de fortalecer, adaptar y reformar, según proceda, los sistemas de salud, en particular las funciones y los servicios esenciales de salud pública, a fin de asegurar el acceso de todos a unos servicios de salud que se basen en los conocimientos científicos, sean de buena calidad, estén dentro de unos límites asequibles, y sean sostenibles en el futuro. El propósito es asegurar la disponibilidad de los elementos esenciales de la atención primaria de salud definidos en la Declaración de Alma-Ata y desarrollados en la nueva política (Adoptada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, 6 a 12 de septiembre de 1978, y refrendada por la 32ª Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA 32.30, mayo de 1979). En la figura N° 1, se pueden apreciar los valores y principios de un Sistema de Salud basado en la APS, que contiene además como centro el Derecho al mayor nivel de Salud posible, la equidad y la solidaridad.

Figura N° 1. Valores, principios y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en la APS (OPS, 2007)



En contraste con Europa y las regiones que han alcanzado mayores índices de bienestar, América Latina es una región pujante en riquezas naturales, pero con amplias inequidades sociales en su trayectoria. Según la OCDE/CEPAL (2011), se ha reducido la pobreza del 44% de la población en 2002 a 33% en 2008, pero todavía uno de cada tres latinoamericanos vive debajo de la línea de pobreza —180 millones de personas—, y 10 economías de la región continúan estando entre las 15 más desiguales del mundo. Así que quedan brechas por cerrar en la lucha por reducir las inequidades sociales.

La complejidad y diversidad de la realidad Iberoamericana hace poco recomendable generalizar aspectos sobre sus condiciones, formas de vida y sistemas sociales como los de Educación o Salud. No se pueden hacer atribuciones sobre una realidad que es particular, diversa y cambiante en cada país. Es una limitación del estudio no haber podido profundizar en las circunstancias de los sistemas de salud donde laboran los profesionales de la medicina que formaron parte del estudio, pero se procurará ofrecer una visión panorámica. La pluralidad de la situación latinoamericana (Figueras, Musgrove, Carrin, Durán, 2002) obliga a un despliegue descriptivo, aunque sea breve, de los diversos contextos y a la mención de los tipos de cobertura sanitaria presentes en cada país estudiado.

Los modelos de protección social o de cobertura sanitaria son diversos en los países de la región, y de acuerdo a la clasificación de Fleury (2011), serían tres: De Mercado (Chile), Público Universal (Brasil) y De Seguro (Colombia). No obstante se puede dar el caso de países como Venezuela en los cuales se fusionan diversos sistemas como público universal, privado e incluso un nuevo como el socialista.

América Latina se caracteriza por tener graves problemas en su sistema de salud, algunos de ellos son la inequidad del acceso, el alto costo de los servicios, las desigualdades en los servicios públicos y privados. Desde los años 80 se han venido produciendo reformas en los sistemas de salud con la finalidad de mejorar su funcionamiento (Fernández y Oviedo, 2010). En el marco de la modernización del sector servicios de los años 90, las reformas de salud en América Latina, estuvieron orientadas a descentralizar, buscar mayor rendición de cuentas y lograr la efectividad en el funcionamiento del sistema.

La crisis socio-económica ha afectado el gasto que los países de América Latina dedican a salud, lo que ha contribuido a que tengan dificultades para mantener sus presupuestos nacionales de salud, lograr cobertura universal o aumentar sus presupuestos (OPS, 2010). Las reformas tienen sus defensores entre los que creen que han sido de beneficio para lograr más eficiencia en los servicios, pero para otro sector, más que contribuir a optimizar el sistema, debido a la forma como han sido aplicadas, pueden ser vistas como el origen de grandes desigualdades, privatización de servicios, encarecimiento de los costos, entre otros.

Según la OPS (2010) que cita el informe sobre la salud en el mundo 2007, titulado *Un porvenir más seguro: Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, la creciente interdependencia y movilidad han aumentado la vulnerabilidad de las poblaciones en todo el mundo frente a amenazas nuevas y emergentes, como los brotes epidémicos o los actos de terrorismo, pero en regiones como América Latina, lejos de esa realidad, todavía existen enemigos más cruentos a derrotar, como la pobreza o la desigualdad. En esa visión de la salud, más allá de un servicio hospitalario, la misma OPS (2010), amplía su visión y establece que la salud de la población “*depende no solo de la atención de salud y los sistemas de prevención de enfermedades, sino también de determinantes sociales como la educación, los ingresos, el acceso a recursos esenciales, la participación social y política y el medio ambiente.*”

En los países latinoamericanos son múltiples las carencias de la atención en salud. En un estudio de la CEPAL (Arriagada, Aranda y Miranda, 2005) se presentan los principales problemas de atención sanitaria en la región latinoamericana, entre los cuales priman la precariedad institucional de la salud pública y la falta de equidad y eficiencia de los actuales sistemas sanitarios. El limitado acceso a los servicios de salud fue considerado de forma mayoritaria como el principal problema que afecta a países como Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana. Temas como la limitada cobertura de los servicios, que es parte de la falta de equidad, resultó ser un problema prioritario en Costa Rica y Ecuador, en tanto que en Argentina, Brasil, Nicaragua y Panamá es visto en forma algo menos determinante. Catalogados en un segundo orden de importancia aparecen la baja calidad y la ineficiencia de los servicios según las autoridades de Chile, Colombia y Perú. Los resultados del estudio se presentan en la tabla N° 14.

Tabla N° 14. Principales problemas de atención en salud de la población.

Fuente: Arriagada, Aranda y Miranda (2005)

Cuadro 4

AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): PRINCIPALES PROBLEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Países	Problemas de atención		
	Primero en importancia	Segundo en importancia	Tercero en importancia
Argentina	Superar la emergencia sanitaria producto de la crisis del año 2001	Garantizar el acceso a toda la población a servicios y medicamentos esenciales	Superar brechas estadísticas de salud y que delimitan los márgenes de la inequidad
Bolivia	Inaccesibilidad geográfica	Barreras culturales	Costos
Brasil	Transición epidemiológica hacia enfermedades no transmisibles	Aumento de complejidad y costos en los servicios	Equidad en la atención
Chile	Inequidad en el acceso	Calidad de los servicios	Déficit de recursos
Colombia	Accesibilidad en la prestación de servicios en salud	Ineficiencias en organización y operación de la prestación de servicios	
Costa Rica	Eficacia, calidad y equidad de los servicios	Sostenibilidad financiera precaria	Cambio del perfil epidemiológico por envejecimiento de la población
Cuba	Sin información	Sin información	Sin información
Ecuador	Equidad y eficiencia en los servicios	Déficit recurso humano	Costos en la prestación de servicios de salud
El Salvador	Déficit de recursos	Necesidades de salud insatisfechas en las zonas rurales	Enfermedades emergentes y re-emergentes
Guatemala	Acceso a servicios de salud	Demanda insatisfecha	Falta de alimentación adecuada
Honduras	Diarreas	Neumonía	Anemia, parasitismo, desnutrición
Nicaragua	Necesidades insatisfechas	Déficit de recursos	Eficacia, equidad, calidad en la provisión de servicios de salud
Panamá	Accesibilidad de los servicios	Equidad de los servicios	Aumento de los costos
Paraguay	Acceso no equitativo a los servicios de salud	Infraestructura inadecuada	Escasa capacidad resolutoria de los servicios de guardias de urgencia.
Perú	Bajo acceso a los servicios, particularmente vinculados al embarazo, el puerperio y el recién nacido	Insuficiente calidad y eficacia en los servicios	Déficit en recursos humanos Acumulación epidemiológica
República Dominicana	Limitada cobertura en atención primaria	Desarticulación presupuesto	Cobertura insuficiente
Uruguay	Ausencia de un modelo de atención integral de salud entre agentes privados y públicos	Ausencia de programas de atención de las enfermedades no transmisibles	Debilidad en atención primaria y su articulación con niveles superiores
República Bolivariana de Venezuela	Sin información	Sin información	Sin información

Fuente: Elaboración de las autoras sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta de la CEPAL sobre programas nacionales de salud, 2005.

No obstante, la situación de la salud en América Latina, si bien pasa por situaciones de precariedad presupuestaria y décadas de reformas políticas inacabadas, posee una pieza fundamental en su funcionamiento, esta es la que conforman todos los profesionales de la salud. A pesar de luchar por la calidad de vida de los otros, sus condiciones de vida no siempre son las mejores, como lo demuestran estudios como los de Restrepo y Ortiz (2010), que realizaron una investigación en la que se constata que si bien en los países europeos, el salario se encuentra entre US\$4.058 y US\$6.482; en América Latina el salario más alto observado no alcanza al valor mínimo en Norteamérica y Europa.

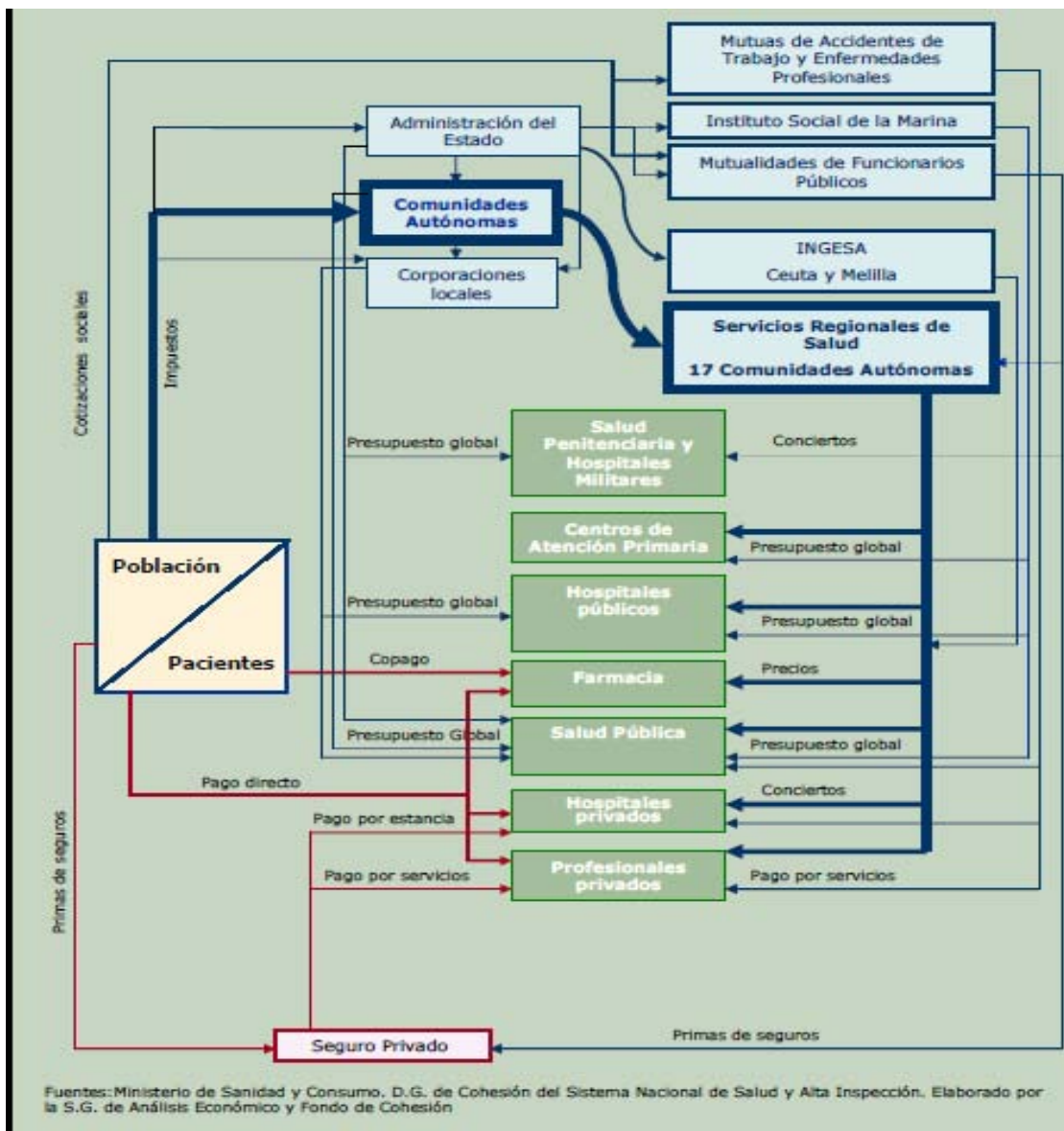
Otros (Homedes y Ugalde, 2005b) han documentado como reformas fundamentales de los sistemas como la descentralización o la privatización ha podido tener un impacto negativo en las condiciones de empleo de los profesionales de la salud, convirtiéndose en ocasiones en obstáculos a las reformas.

La diversidad de la realidad en América Latina y España, requieren que se mencionen brevemente y de forma descriptiva las condiciones de los sistemas de salud donde trabajan los profesionales de la medicina que formaron parte del estudio, los tipos de cobertura de los sistemas y la situación de los profesionales sanitarios.

3.1.1. España

Dentro del grupo de países integrados en el estudio, España es el único de ellos que pertenece a la Unión Europea y como país desarrollado refleja en su sistema de salud una realidad estructural diferente. El Sistema Nacional de Salud (SNS) español es de cobertura universal y financiado casi en su totalidad mediante impuestos. Los servicios se prestan en dos niveles: un primer escalón de Atención Primaria cuyo referente físico es el centro de salud y un segundo nivel de Atención Especializada, cuyo referente es el Hospital (Ojeda, Freire & Gérvas, 2006). El Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) tiene un número limitado de facultades. En la figura N° 2 se observa la estructura del sistema sanitario español.

Figura N° 2. Sistema Nacional Salud de España
 Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



A pesar de sus fortalezas, el sistema sanitario español se caracteriza, por presentar situaciones que lo llenan de incertidumbre (Rubia, 2010, p.65), una recurrente insuficiencia financiera, las dificultades para enfrentar el envejecimiento de la población, la medicalización de la sociedad; dificultades para asistir sanitariamente a los emigrantes que llegan de países cuyos parámetros culturales, sociales y económicos difieren de los europeos; los efectos provocados por los enormes cambios culturales y familiares que afectan a todas las sociedades europeas; y la dificultad de sostener financieramente los ritmos de la innovación tecnológica.

El Sistema Nacional de Salud de España, considerado hasta hace poco, un modelo para el resto de Europa por su universalidad (Agudo, 2012), ha sido cuestionado y calificado de ineficiente (De Guindos, 2012). La crisis económica ha ocasionado la reducción de los gastos del sistema de salud, a pesar de sus logros y de que siguen siendo bajos en comparación con otros países europeos (Ferrán, 2011). En el marco de la recesión económica que sufre España, en Abril del 2012, la prensa reseña los recortes presupuestarios en la sanidad española, copagos para los medicamentos para un sector de la población en comunidades como Cataluña, supresión de subsidios a un listado de medicamentos y limitación o casi eliminación de atención a inmigrantes ilegales que tendrán tarjeta sanitaria hasta el 31 de agosto del 2012, en una medida sin precedentes en un sistema modelo, hasta ese momento universal, así lo publica De Benito (2012) *“El decreto ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones ahorrará un total de 7.267 millones de euros, de los que 500 derivarán del copago farmacéutico en función del nivel de renta.”*

En cuanto a la situación de los profesionales de la Medicina en España, las profesiones sanitarias en comunidades autónomas como Cataluña, pueden asemejarse a la de otros países desarrollados, (Oriol & De Oleza, 2003), en términos de recursos y servicios, con grandes capacidades, pero con falencias en lo que concierne a la gestión de recursos humanos, su desenvolvimiento profesional, oportunidades formativas y reconocimiento interno y social (Oriol & De Oleza, 2003, pp. 12 y 13). Según estos autores los profesionales sanitarios perciben que su estatus profesional se está *“erosionando, que no tienen autoridad en la toma de decisiones, que su ética profesional esta menospreciada por unos principistas economicistas que les obligan a tomar decisiones éticas mas allá de sus capacidades profesionales y que los incrementos de costos que ellos han de controlar se deben a conductas sociales fomentadas por políticos”*.

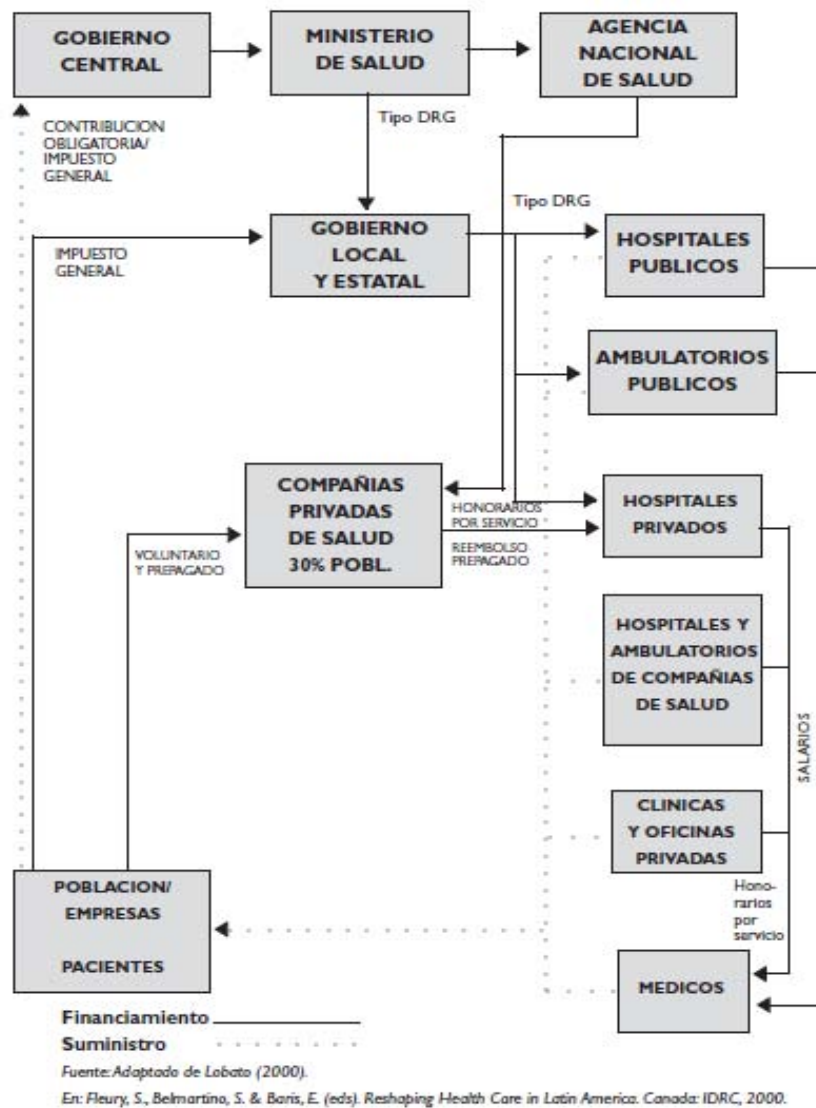
3.1.2. Brasil

En el marco de todas las reformas que se han desarrollado en América Latina, en especial desde los años 80, en Brasil se han producido acontecimientos que han influido en las reforma sanitarias, como la expansión de la financiación privada, la disminución de las inversiones públicas en salud, la proliferación de nuevas formas de prestación de servicios, especialmente la tercerización y la formación de cooperativas siguiendo los patrones brasileños (Machado y Pereira, 2002)

De acuerdo con Pinheiro, Kletemberg, Gonçalves y Ramos (2010), hay dos acontecimientos que han marcado el sistema de salud, el *Movimiento de Reforma Sanitaria Brasileña* (RSB) y la implantación del *Sistema Único de Salud* (SUS), que se proponía establecer los principios de Universalidad, Integralidad, Equidad, Resolutividad y Participación Social. El SUS da cobertura a 75% de la población, y el 25% cubre el restante sector, incluye el Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS), que es un sistema privado (Becerril-Montekio, Medina y Aquino, 2011). La estructura del sistema de salud en Brasil se observa en la figura N° 3

Figura N° 3 Sistema Nacional de Salud de Brasil

Fuente: Fleury (2003)



El sistema de salud en Brasil se ha transformado según la OPS (2001, 2008):

- Con el fortalecimiento de la atención básica como estrategia para reducir la desigualdad de acceso y fomentar la reorientación del modelo de atención de salud, excesivamente centrado en la atención hospitalaria
- Promoviendo una descentralización administrativa y financiera y mayor participación comunitaria y control social

Sobre la situación de los profesionales de la Medicina en Brasil, de acuerdo con Machado y Pereira (2002), en estas últimas décadas se han producido cambios sustanciales para los trabajadores del área de salud en Brasil. Las condiciones de trabajo se caracterizan por los bajos salarios, el pluriempleo, la flexibilización de los contratos de trabajo y la pérdida de las garantías laborales.

En 2005 (OPS, 2008), había en Brasil 870.361 puestos de trabajo ocupados por profesionales de nivel superior en los establecimientos de salud, casi un 20% más que el observado en el 2002. Los médicos representaban el 61%, los enfermeros el 13% y los odontólogos el 8,2% de esos profesionales de la salud. Todos los demás profesionales de nivel superior ocupaban apenas el 18% de los puestos de trabajo.

En cuanto a la correspondencia entre los recursos humanos y las necesidades de la población, sólo en Rio de Janeiro se ha informado del déficit de 400 profesionales de la medicina (Duarte, 2012). En este sentido, el gobierno se ha propuesto facilitar los concursos para dotar a la red de hospitales de los profesionales necesarios.

3.1.3. Colombia

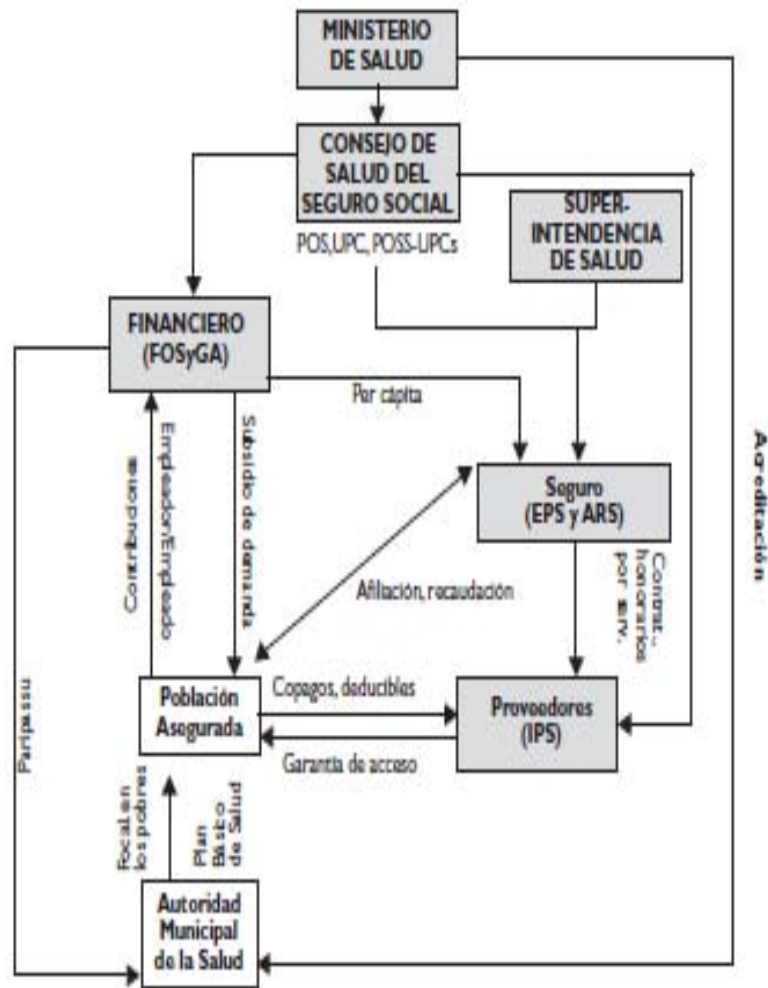
El sistema colombiano de Salud se ha desenvuelto en medio de una situación crítica de pobreza y desigualdades, a pesar de las múltiples riquezas naturales del país. Condiciones críticas de salud que tienen su origen en las condiciones de los países en vías de desarrollo, que en el caso de Colombia se agrava debido al desempleo y otros factores que también se experimentan en la realidad latinoamericana como son las fallas del sistema de seguridad social, la cobertura y equidad en el acceso “...*el limitado cubrimiento y la relativa ineficiencia del sistema de seguridad social en Colombia saltan a la vista. Sin embargo el origen de esta situación hay que buscarlo en las condiciones del subdesarrollo y en el desinterés que históricamente el Estado ha tenido frente a la solución de las necesidades básicas de los pobres.*”(Ahumada, 1998, p. 218)

En los años 90, el modelo de salud pública fue sustituido por uno de seguros. De acuerdo con Echeverri (2008) la reforma a los servicios de salud introducida por la Ley 100 de 1993 reemplazó el modelo público de oferta subsidiada de servicios, por otro mercantil, de seguro obligatorio de salud que compra los servicios a empresas promotoras de salud (EPS), lo

que según el autor promueve en todo caso un papel administrador y mercantil de parte de estas organizaciones, quienes han sido las encargadas de administrar seguros y vender las afiliaciones obligatorias para que los trabajadores reciban un plan obligatorio de salud (POS) de las instituciones prestadoras de salud (IPS). En la figura N° 4 se puede observar el sistema de salud de Colombia.

Figura N° 4. Sistema Nacional de Salud de Colombia

Fuente: Fleury (2003)



En investigaciones como las de Zambrano, Ramírez, Yepes, Guerra y Rivera (2008), se observó un aumento en el aseguramiento en salud de la población colombiana, aunque este sigue siendo insuficiente y permanecen falencias en la cobertura de la población más vulnerable, con dificultades para acceder para sectores como los trabajadores informales.

Algunas características que definen el sistema colombiano de Salud son (OPS, 2001) la poca equidad, los problemas de gestión, la debilidad en la infraestructura o la reducción de los aportes del Estado y mayor pago por parte de los usuarios. Una de las críticas al enfoque del sistema de salud colombiano es su cariz desigual, según Castillo (2011) el reconocimiento constitucional del derecho “a la salud” en Colombia ha tenido como consecuencias adversas el hacer inviable económicamente la protección sanitaria universal y crear una profunda desigualdad, pues la posibilidad de reclamar el reembolso del gasto privado queda reservada a aquellos con recursos económicos suficientes, tanto para el pago inicial como para la posterior reclamación judicial.

En lo que respecta a la situación de los profesionales de la medicina colombiana, en estudios como los realizados por la OIT (Farré, 2003), sobre la calidad general del empleo en Colombia, evaluando dimensiones como el ingreso, las horas de trabajo, el contrato de trabajo y la afiliación a la seguridad social, los resultados demuestran la precariedad del empleo urbano en Colombia y su desventaja con otros países latinoamericanos como Chile.

Otras investigaciones establecen las diferencias salariales en el mercado laboral de la medicina colombiana, influenciada por cambios en el marco legal y dicen que “ *los profesionales de la salud no han gozado de condiciones en cuanto a su remuneración ni antes de la Ley 100 ni después de esta, pues lo que se vivía antes de la Ley, eran grandes desigualdades entre un grupo de privilegiados con altos ingresos, y otro grupo concentrado sobre todo en ofrecer sus servicios en el primer nivel de complejidad que tenían una alta competencia y debían ofrecer sus servicios a bajas tarifas dado que su mercado estaba compuesto por pacientes de ingresos medios y bajos.*” (Flórez, Atehortúa & Arenas, 2009). Mostrando otra cara de la moneda laboral, algunos trabajos como los realizados por Calabresse (2006) revelan que aunque las condiciones son precarias, un sector de los profesionales de la medicina si tiene buenas condiciones de trabajo.

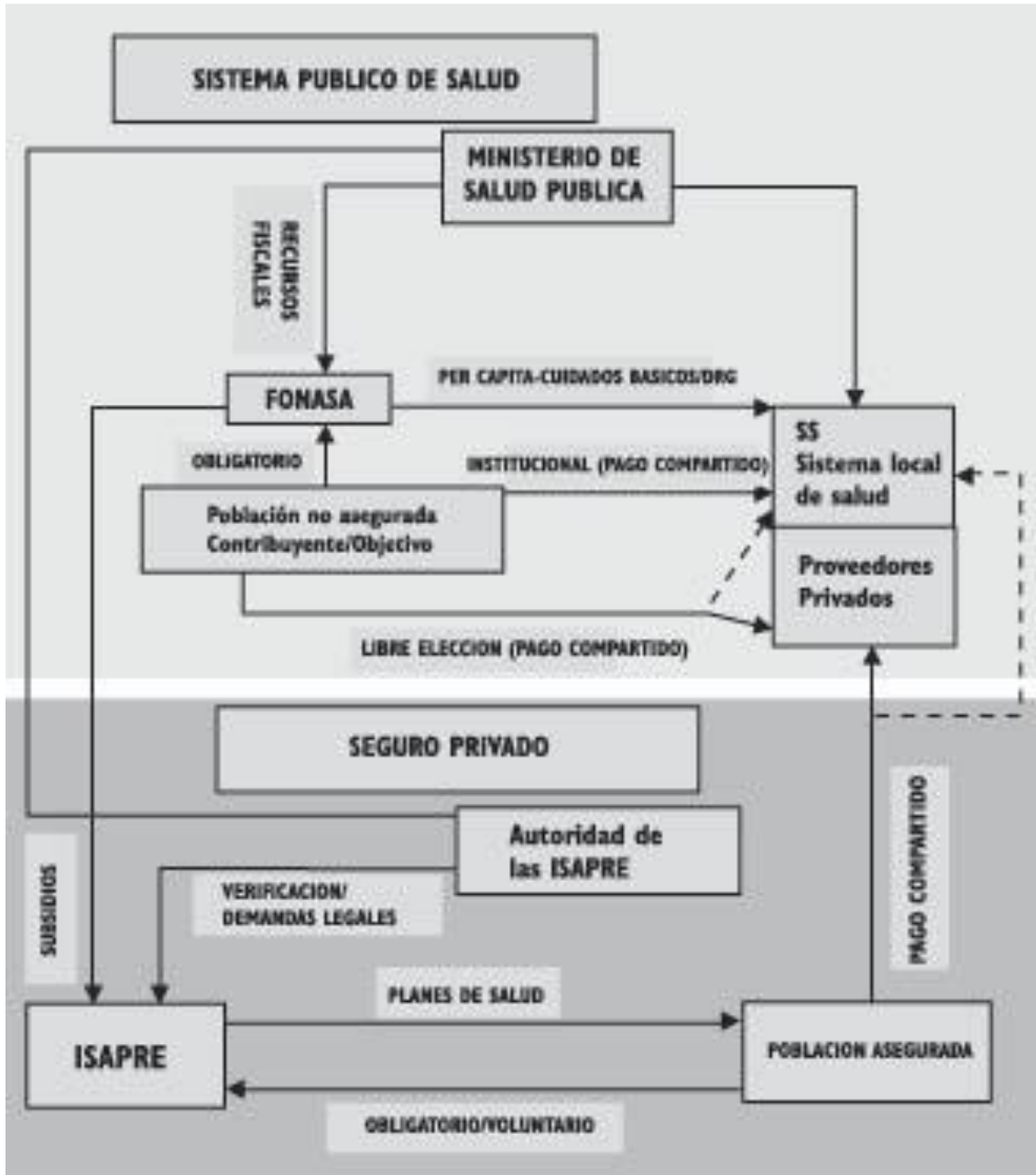
3.1.4. Chile

De acuerdo con Becerril-Montekio, Reyes y Manuel (2011), el sistema de salud chileno consta de dos sectores: el público y el privado. El sector público funciona por medio del Fondo Nacional de Salud (FONASA), a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y su red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria, con una cobertura aproximada del 70% de la población nacional. Por su parte, el sector privado lo forman instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que cubren aproximadamente al 17.5% de la población y proveen servicios a través de instalaciones tanto privadas como públicas. El restante pertenece a sistemas como los de las fuerzas Armadas o no están cotizando al FONASA. En la figura N° 5 se observa el Sistema Sanitario de Chile.

La influencia privatizadora del sistema de salud se materializó después de 1981. De 1952 a 1981 el sistema nacional de salud tenía cobertura universal de acceso gratuito y estaba totalmente financiado por el Estado. En 1981, la dictadura fragmentó el sistema nacional de salud, redujo considerablemente el gasto público en salud y creó los Institutos de Salud Previsional (ISAPRE) (Homedes y Ugalde, 2002). Con la creación las ISAPRE, según Aedo (2000) se promovieron una serie de cambios en los conceptos de salud, que impactaron la cultura de acceso a los servicios de salud, se introduce la noción de *la salud como un bien de pago*, se reconoce el lucro en salud como legítimo y necesario para promover la llegada de capitales y tecnología privada y, al permitir libertad de elección entre los sistemas público y el sistema privado de ISAPRE, se eliminaron en parte los subsidios cruzados como una fuente de financiamiento de la salud pública.

Figura N° 5. Sistema Nacional de Salud de Chile.

Fuente: Fleury (2003)



En lo que respecta a los profesionales de la Medicina en el país sureño, según la Academia Chilena de Medicina (2009) actualmente Chile dispone de 25.542 médicos, siendo 9.627 de ellos especialistas certificados; la relación sería un profesional por cada 650 habitantes. Según esta institución en los últimos 25 años el número de universidades ha aumentado de 8 a 62,

las Escuelas de Medicina de 8 a 26 y la población de jóvenes que siguen estudios superiores ha crecido más de cinco veces.

En cuanto a las condiciones de vida de los profesionales, luego de experimentar variadas reformas, especialmente aquellas de carácter neoliberal, las reformas han significado para el personal de salud (Aldunate et al, 2012, p.44) chilenos concesiones hospitalarias, pérdida de estabilidad laboral, disminución de la calidad de los empleos, sobrecarga laboral.

3.1.5 Venezuela

En el pasado siglo, el modelo de salud venezolano, basado en el modelo público universal, consiguió su esplendor con la creación de una infraestructura pública con ciertas capacidades. El modelo de desarrollo capitalista bajo la modalidad rentista petrolera, tuvo entre otras particularidades la forma como el Estado asumió las funciones del bienestar, caracterizada por inversiones en infraestructura vial, agua, energía eléctrica, educación, salud y previsión social; lo que también llevó a la intervención directa en actividades poco convencionales, que generó fuentes de ineficiencia (Kornblith, 1996). Hasta su crisis en los años 80, el balance de los logros del sistema público de salud, era positivo, se podía acceder a un sistema público configurado por una red de servicios con un funcionamiento óptimo, hasta la entrada en crisis del modelo de desarrollo (Rey, 1991; Gamboa & Rangel, 1996). Según la OPS (2001), a partir de los años 80, la reforma del sector de la salud tuvo como objetivo la descentralización de los servicios y la creación de nuevos modelos y proyectos de salud.

La crisis del modelo político venezolano, que se profundizó a partir de los dos golpes de Estado del año 1992 y la ruptura entre el Estado, los partidos y las masas desfavorecidas (López Maya, 2010), fue socavando las bases del orden político venezolano y facilitó la instauración de un modelo político socialista personalizado en el gobierno de Hugo Chávez Frías, en el cual se ha implantado un nuevo sistema de salud en paralelo al sistema existente.

El sistema de salud actual de Venezuela se ha caracterizado, en los últimos 12 años, por la recentralización de los servicios, el autoritarismo, el otorgamiento con criterios políticos de los fondos públicos y la instrumentación de un sistema paralelo en salud gracias a la existencia del

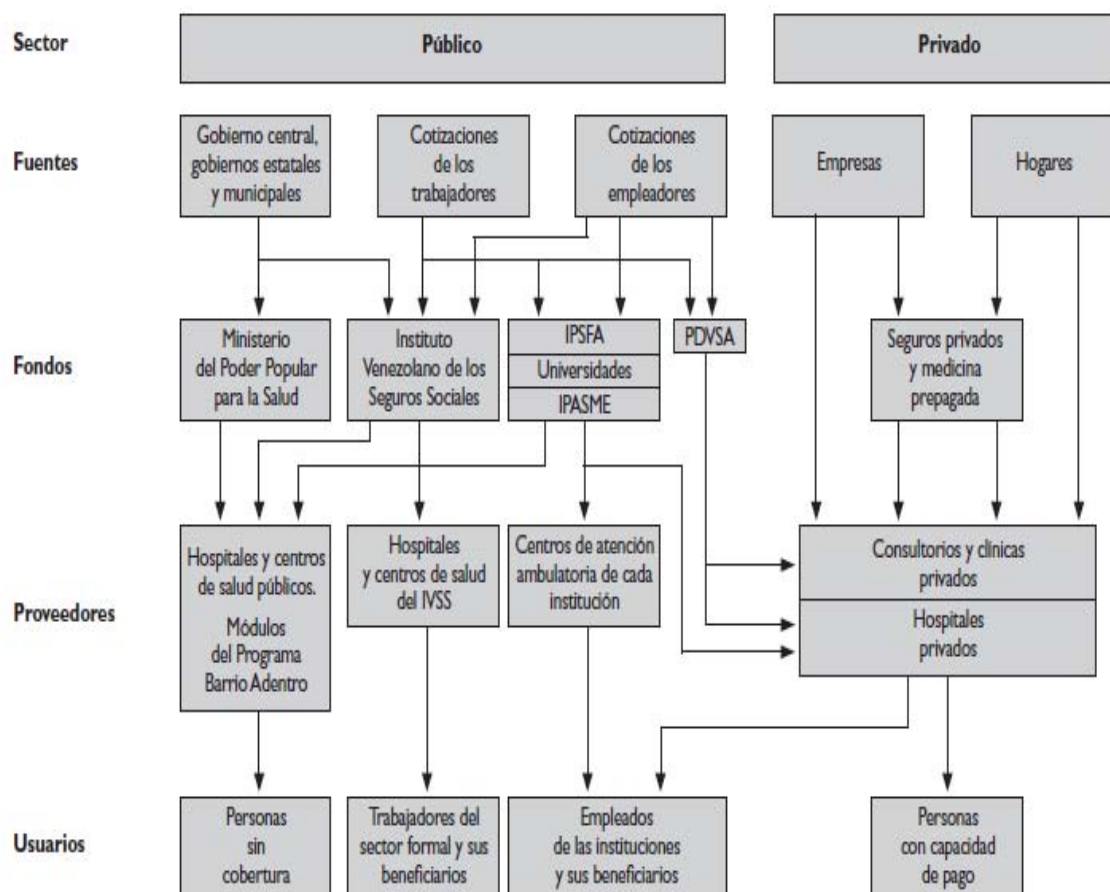
programa bandera del gobierno llamado *Barrio Adentro* (Díaz Polanco, 2004, 2010). Este programa, a pesar de su deterioro progresivo, se mantiene por razones de apoyo político y económico. Su coordinación está a cargo del Gobierno cubano, que negocia medicamentos, insumos y equipos de alta tecnología. El citado programa, por un lado ha sido criticado por crear un sistema adicional al ya deteriorado y duplicar gastos en salud, pero al mismo tiempo ha sido reconocido por el logro en el acercamiento de los servicios de salud a los más desfavorecidos (Rodríguez, Rincón y Madueño, 2006). El inconveniente de estas políticas paternalistas es que, a medida que se crean módulos, la crisis de los hospitales públicos aumenta, las dotaciones de los centros de salud siguen fallando y continúan las huelgas médicas para reclamar mejores condiciones de vida y de trabajo.

El sistema Nacional de Salud en Venezuela se conforma por un sector público y otro privado. El sector público de salud venezolano funciona a través del Ministerio de Sanidad, las Direcciones Estatales de Salud y Desarrollo Social (instancias descentralizadas del MS), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) y el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME); y existen sistemas de empresas del Estado, como los de Petróleos de Venezuela (PDVSA), con un sistema aparte (Bonavecchio y otros, 2011).

En la década de los noventa se inició un proceso de descentralización de los servicios de salud a los estados, que en los últimos años ha tratado ser revertido por el gobierno de Hugo Chávez, con la finalidad de concentrar más poder en el gobierno central y como forma de neutralizar a los gobiernos de oposición que se han establecido en la regiones. En cuanto al sector privado, lo constituyen compañías aseguradoras de salud y algunas organizaciones que brindan servicios pre-pagados de salud. La estructura del sistema venezolano se puede observar en la Figura N° 6.

Figura N°6. Sistema Nacional de Servicios de Salud en Venezuela

Fuente: Bonvecchio y otros (2011)



IVSS: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales
 IPASME: Instituto de Prevención y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes
 IPSFA: Instituto de Prevención Social de las Fuerzas Armadas
 PDVSA: Petróleos de Venezuela

De acuerdo con la ONG PROVEA (2011), la red pública de atención a la salud cuenta con 4.084 establecimientos ambulatorios (incluidos 60 centros de diagnóstico y de rehabilitación), 296 centros hospitalarios, 8.573 puntos de atención de Barrio Adentro (1.568 consultorios populares construidos, 3.530 locales adaptados y 4.475 casas de familia), además de 1.415 clínicas

odontológicas; y el sector privado tendría 344 centros de atención especializada.

La política socialista de los últimos 10 años en Venezuela ha traído como consecuencia la implantación de un sistema de salud paralelo, geográficamente más cercano a los sectores más empobrecidos de la población. El sistema de salud público, sigue siendo ineficiente, poco equitativo, mal dotado, a pesar de las fuertes inyecciones de recursos que ha recibido. Según PROVEA (2011) en su informe anual sobre Derechos humanos *“Venezuela continúa con un sistema sanitario público fragmentado e inequitativo, que ha perdido buena parte de su capacidad operativa para atender las necesidades de salud de la población, trayendo como consecuencia un aumento de las muertes.”*

Con relación a la situación de los profesionales de la Medicina en Venezuela, su entorno laboral (Díaz Polanco & Borges, 2010) se caracteriza por el deterioro de las condiciones de trabajo, falta de incentivos profesionales, carencia de recursos básicos para la investigación, control burocrático, centralización de procesos de adquisición de bienes y servicios, entre otros.

A la ya complicada situación de los médicos venezolanos se sumó en 2003 (Federación Médica Venezolana, 2009, pp.104) la incorporación masiva de médicos cubanos y otros profesionales de salud que forman parte del sistema paralelo de salud pública creado. Al convertirse el plan en misión nacional, los médicos pasaron significativamente de 2.400 a 10.169 y en agosto de 2004 a 13.084.

3.2. Los retos de las reformas en los sistemas de salud iberoamericanos

Las reformas han estado en el ojo del huracán. Tachadas por algunos como neoliberales o por otros como muy débiles, necesitan sin duda de una filosofía que ponga en el centro de sus pretensiones al ser humano, a los más desfavorecidos, pero también para que los criterios de eficiencia y productividad funcionen con criterios sociales, requieren de persistencia y continuidad. En esa línea González (2006, p.196) hace unos años apuntaba a la necesidad de conjugar medidas sociales con económicas, que faciliten la viabilidad y sostenibilidad de las reformas del sector salud. Estas dependen de la influencia de factores socioeconómicos, como el empleo, la cobertura laboral, entre otros: (1) estabilización del crecimiento económico con creación de empleo especialmente en el sector formal, (2) desarrollo en

paralelo de reformas de la administración pública orientadas al desempeño con la incorporación de nuevos mecanismos de asignación de recursos y mejoramiento de la gestión pública, (3) coordinación de acciones con el sector privado especialmente en las áreas de financiamiento, prestación de servicios, y producción de insumos y tecnologías, y (4) consolidación de la descentralización especialmente en los aspectos institucionales y fiscales.

De acuerdo con Freire y Repullo (2011) hay una serie de características importantes de buen gobierno y desempeño en sistemas de salud públicos, que sirven de referencia para contrastar el funcionamiento de algunos de los sistemas sanitarios que se han presentado y que enmarcaron el estudio:

- 1- Los servicios públicos de salud tienen personalidad jurídica propia, diferenciada de la Administración pública.
- 2- Organización territorial descentralizada
- 3- Los gestores tienen carácter profesional, no son nombramientos discrecionales (políticos).
- 4- Alto nivel de autonomía, tanto a nivel central respecto a la administración general, como localmente (Áreas/Distritos/Hospitales), que incluye contratación del personal propio.
- 5- Atención Primaria fuerte: Médico General/de Familia puerta de entrada para la atención especializada, con lista de población a cargo.
- 6- Regulación y organización de la profesión médica (y otras profesiones de la salud) favorable a los valores de la profesionalidad, al diferenciar regulación, aspectos sindicales y temas profesionales (conocimiento competencias).
- 7- Desarrollo de la gestión contractual en cascada (intraorganizativa, o entre financiadores y proveedores) hasta el nivel de unidades clínicas.

Algunas investigaciones han ido explorando de qué forma se pueden mejorar los sistemas de América Latina, identificando retos para esta región (Figueras, Musgrove, Carrin & Durán, 2002), como son *a*) extender (prepago y solidaridad) la protección financiera; *b*) estabilizar en el tiempo dicha protección para épocas de crisis; *c*) equilibrar los recursos coherentemente con la capacidad de financiar servicios, *d*) aumentar la eficiencia *ubicativa* y *técnica* al producir servicios, y *e*) mejorar la función de *rectoría* de las demás funciones en los sectores público y privado (el más difícil y más importante reto hoy para los sistemas latinoamericanos)

La diversidad de las realidades iberoamericanas pasa por la discusión y la presencia de los servicios públicos y privados. Si bien en el estudio se está

de acuerdo en políticas de salud que sean lideradas por el Estado con la finalidad de llevar a cabo políticas públicas de salud de acceso equitativo para todos, la realidad global no excluye la inversión privada en prácticamente ningún país. Por lo tanto más que satanizar la inversión privada se requiere formular políticas de control y supervisión para los servicios privados, que los supediten al control del Estado y que garanticen el derecho a la salud, eviten la empresarización y faciliten un servicio que llegue efectivamente al conjunto de la población.

Si bien es cierto que se han hecho numerosas reformas liberales, especialmente en la década de los 90s, la realidad del sistema de salud en América Latina presenta tantas carencias en su funcionamiento, la cobertura universal, la equidad, la accesibilidad, que todavía requiere de cambios. Por lo tanto sin caer en el estatismo o en el neoliberalismo, como esquemas polarizantes, se abre todavía un largo debate y un plan de cambios necesario de llevar a cabo. Son muchos todavía los que sufren las carencias en el acceso al servicio básico de salud, o los que cada día se *esfuerzan* para poder pagar costosísimos seguros médicos. También de estos cambios dependerá una nueva realidad donde los profesionales de la medicina puedan dar lo mejor de sí mismos, puedan desarrollar su trabajo respetando sus principios altruistas e hipocráticos, en fin, fortalecer el sistema de salud, significa también garantizar un mejor ambiente de trabajo para los profesionales de la medicina.

Como se ha observado en la descripción de los sistemas y se constató en la investigación, un factor de peso lo constituye la diversidad de realidades a las que nos enfrentamos cuando analizamos el tema de los cambios en el significado del trabajo médico, por lo que no se trata de “copiar realidades o modelos”, es necesario generar consciencia de las diferencias entre países. La experiencia psicológica de los profesionales médicos en el sector sanitario iberoamericano presenta más que líneas comunes, un abanico de diferencias y heterogeneidades.

PARTE 2

Estudio Empírico

CAPÍTULO 4

MÉTODO

En este capítulo se sistematiza el método implementado en la investigación, las técnicas de análisis desarrolladas, el procedimiento llevado a cabo, las características de la muestra y los instrumentos aplicados.

4.1. Diseño

Luego de sentar las bases teóricas del estudio en esta sección se establecerá el dispositivo metodológico que permitió realizar el trabajo empírico de la investigación.

El enfoque de la presente investigación es **cualitativo y cuantitativo**, fundamentado sobre la premisa de la compatibilidad y complementariedad de ambas orientaciones; ya que *“la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. De aquí, que lo cualitativo (que es el todo integrado) no se opone a lo cuantitativo (que es un solo aspecto), sino que lo implica e integra, especialmente donde sea importante.”* (Martínez, 2006, p.128)

El método utilizado es **hermenéutico**, definido por Martínez (2006) como aquel que *“utiliza cualquier investigador, y en todo momento, ya que la mente humana es, por su propia naturaleza, interpretativa, es decir, hermenéutica: trata de observar algo y buscarle significado.”* (Martínez, 2006, p.135)

De acuerdo con los objetivos de la investigación y del marco teórico presentado, se consideraron las siguientes variables principales:

- El significado del trabajo médico
- La experiencia psicológica del trabajo médico
- Las condiciones de Trabajo en el Sector Sanitario
- Las características socio-profesionales: bajo esta denominación se incluye a un conjunto de variables nominales de carácter descriptivo, las cuales arrojaron información sobre aspectos demográficos, laborales y profesionales de los profesionales de la medicina. Estas variables sirven para caracterizar internamente a los grupos en función de las variables del estudio y para compararlos con otros grupos. Las variables en cuestión son: edad, sexo, país, antigüedad en la profesión y tipo de contrato (permanente-temporal).

La dimensión cuantitativa de la investigación aportó información numérica y estadística de los ejes temáticos estudiados. La cualitativa, fundamentada especialmente en la información documental y relatos obtenidos a partir de

las preguntas abiertas del cuestionario, incorporó información de los aspectos subjetivos del objeto de estudio.

4.2. Técnicas de análisis

4.2.1. Técnicas de Análisis Cualitativo

En el estudio se desarrollaron las siguientes técnicas de análisis cualitativo

4.2.1.1. Análisis documental sociohistórico

Según Iñiguez (1999, p.121) el objetivo de las técnicas documentales es la constitución de un corpus analizable en el marco de los distintos métodos, en el que se incluyen documentos, libros, revistas, informes, comunicaciones, textos de toda índole producidos en un contexto social. En la presente investigación se ha realizado un análisis documental de inspiración socio-histórica con el objeto de estudiar el recorrido de la profesión de la Medicina.

4.2.1.2. Análisis de Contenido Cualitativo.

Existen diversas conceptualizaciones del análisis de contenido, siendo una de las más conocidas la de Bardin (1996, p.32) que lo define como *“el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendentes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes”*

El Análisis de contenido empleado pone énfasis en el sentido del texto (Amezcu y Gálvez, 2002) y debe ser entendido como una técnica de investigación que permite sistematizar información textual (Vázquez, 1996), y en la cual el contexto (tanto el contexto del texto que se estudia como el contexto social), ocupa un lugar central, ya que solo mediante su consideración será posible hacer una interpretación que sobrepase los datos y permita la realización de lecturas que informen de las condiciones en que se producen estos materiales.

4.2.1.3 –Análisis textual

El Análisis textual consiste en una técnica de análisis de textos que busca indagar en su sentido e interpretarlos en el contexto social e histórico donde se producen. En la investigación se pretendió usarla con una visión integradora donde se combinara la profundización en el texto propia del análisis textual con los aportes de las técnicas cuantitativas en una segunda fase.

Una diferencia con el análisis de contenido es que el análisis se centra en el texto, aunque siempre teniendo en cuenta la realidad social donde emerge, a diferencia del análisis de contenido que puede estar centrado en cualquier tipo de material. Es una técnica que comparte pasos procedimentales, como la categorización, con el análisis de contenido.

A continuación se define la terminología que forma parte del procedimiento del análisis textual:

-Corpus se refiere a todos los datos recolectados para un proyecto de investigación particular (Braun & Clarke, 2006, p.5-6)

-Análisis inductivo o *bottom up way* es un proceso de codificación de datos sin tratar de ajustar esta a marcos de codificación preexistentes. (Braun & Clarke, 2006, p.12). Para la primera fase de categorización de las formas léxicas se partió de este principio.

- Análisis deductivo o *top down way* (Braun & Clarke, 2006, p.12) es un proceso de codificación de datos que tiende a ser manejado en función de un interés teórico en particular. Para la elaboración final del diccionario se hizo un análisis inspirado en este principio.

-Lematización es el proceso de unificación del corpus, que incluye agrupación de todas las formas verbales con un mismo verbo, la homogenización de sustantivos y adjetivos, singulares y plurales, masculinos y femeninos, para que la información se exprese en términos iguales.

-Código es una palabra o frase corta que simbólicamente asigna un atributo acumulativo, sobresaliente, esencial y evocativo, a una porción de data textual o visual. (Saldaña, 2009, p.3)

-Codificación/categorización consiste en organizar las cosas en un orden sistemático, para hacer a algo parte de un sistema o clasificación, para categorizar (Saldaña, 2009, p.3).

4.2.2. Técnicas de Análisis cuantitativo

A continuación se explicará muy brevemente en qué consiste cada técnica cuantitativa utilizada en la investigación:

4.2.2.1. Análisis factorial de correspondencias.

Es una herramienta que permite estudiar la relación entre datos o variables cualitativas y obtener una representación gráfica de una tabla de contingencia. El análisis de correspondencias, tanto simple como múltiple, se encuadra dentro de los análisis factoriales, que partiendo de una matriz de datos, buscan extraer unos factores que permitan reducir la dimensión de la matriz inicial, logrando una segunda matriz de datos mucho más fácil de interpretar (Etxeberría, García, Gil y Rodríguez, 1995).

Según Cornejo (1988: p.95), el Análisis Factorial de correspondencias *“...responde a la relación biunívoca entre dos conjuntos de datos representados por las líneas y columnas de una tabla de contingencia, o simplemente por una matriz de números positivos que describen un conjunto de individuos mediante un conjunto de variables.”*

Con respecto al proceso de cálculo, Etxeberría, García, Gil y Rodríguez (1995, p.5), determinan que hay dos partes absolutamente diferenciadas *“Una es la creación de la matriz de varianzas-covarianzas, absolutamente ligada a la definición de distancia de Benzécri, y otra el proceso de extracción de los factores y de proyección de cada una de las categorías en dichos factores, que nos permitirá la obtención de las representaciones gráficas.”*

4.2.2.2. Técnicas de estadística descriptiva.

Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva para verificar la confiabilidad y validez del cuestionario así como para caracterizar la muestra a partir de los análisis de los datos obtenidos en el cuestionario. El sistema estadístico utilizado fue el SPSS for windows (Statistical Package for Social Science) versión 15.0.

4.3. PROCEDIMIENTO

4.3.1 Procedimiento Fase Cualitativa

4.3.1.1. Aproximación socio-histórica a los rasgos de la Profesión médica.

Para la fase de análisis documental de la Profesión Médica se siguieron los siguientes pasos:

1-Se realizó una etapa de arqueo y recolección de fuentes de información sobre la profesión médica. Las fuentes de información que se manejaron para elaboración del análisis de la profesión médica, que buscaba indagar rasgos característicos más allá de la historiografía, fueron:

1.1-Documentación bibliográfica general: (a) Historia y genealogía de la medicina, (b) Sociología de las profesiones y de la medicina, (c) Significado del trabajo y valores, (d) Estudio de las enfermedades, la curación y la salud, (e) Biografías de médicos y médicas, (f) investigaciones, (g) blogs, información en línea.

1.2-Fuentes Oficiales sobre la profesión médica: (a) Documentos oficiales de Colegios de médicos, organizaciones médicas, e.o. (b) Informes anuales y libros blancos sobre el sistema sanitario en los países que comprende el KOFARIPS. (c) Marco legal: Leyes generales de sanidad, (d) Páginas web de organizaciones e instituciones de salud, como las de la World Health Organization /Organización Mundial de la Salud (WHO, 2010).

1.3-Base de datos del equipo de Investigación KOFARIPS, que contiene entrevistas y cuestionarios a 305 profesionales de la medicina iberoamericanos. Los datos extraídos del proyecto se consideran indispensables para la construcción del mapa de caracterización de la realidad del nuevo significado del trabajo médico.

2- Se construyeron una serie de categorías, que dieran cuenta de características apreciables de la profesión médica a lo largo del tiempo. Las categorías fueron:

1-Valores que prevalecen en la relación con los otros

2- Modelo de Conocimiento

3- Modelo de Conducta profesional

4- Enfoque profesional

5- Relación Profesional-Paciente

- 6- El ejercicio de roles extraordinarios
- 7- Dilemas del Ejercicio Profesional
- 8- La Responsabilidad del profesional de la medicina.
- 9-La retribución económica de los profesionales de la medicina
- 10- Medicina basada en la evidencia versus Medicina basada en la afectividad
- 11-La identidad cuestionada.
- 12- Pertenencia a los colegios profesionales
- 13- La medicalización, parte o no del discurso médico...
- 14- El ritual del encuentro médico, la consulta.

3- Representación en forma de Ilustraciones textuales. Siendo tan amplio el material de base sobre la Profesión, entre testimonios, datos, discursos, entrevistas, biografías, prensa, información en páginas web, se realizó una selección de ilustraciones textuales según las categorías creadas.

4.3.1.2. Procedimiento de análisis de contenido del significado del trabajo

En esta fase se efectuó un análisis de la información surgida de los cuestionarios de condiciones de trabajo y de bienestar, y de las preguntas abiertas que se agregaron. Para el análisis de contenido se elaboraron categorías generales sobre temas vinculados con el significado del trabajo médico y la vivencia expresada por los profesionales. Las categorías generales fueron:

1. La Experiencia y Significado de trabajar
- 2- Crisis del Profesionalismo médico
- 3- Dilema Lucro-Altruismo
- 4- Nostalgia por la medicina del pasado
5. Riesgos Psicosociales
6. Contexto de cambios sociales

4.3.1.3. Procedimiento de Análisis textual de significados del trabajo.

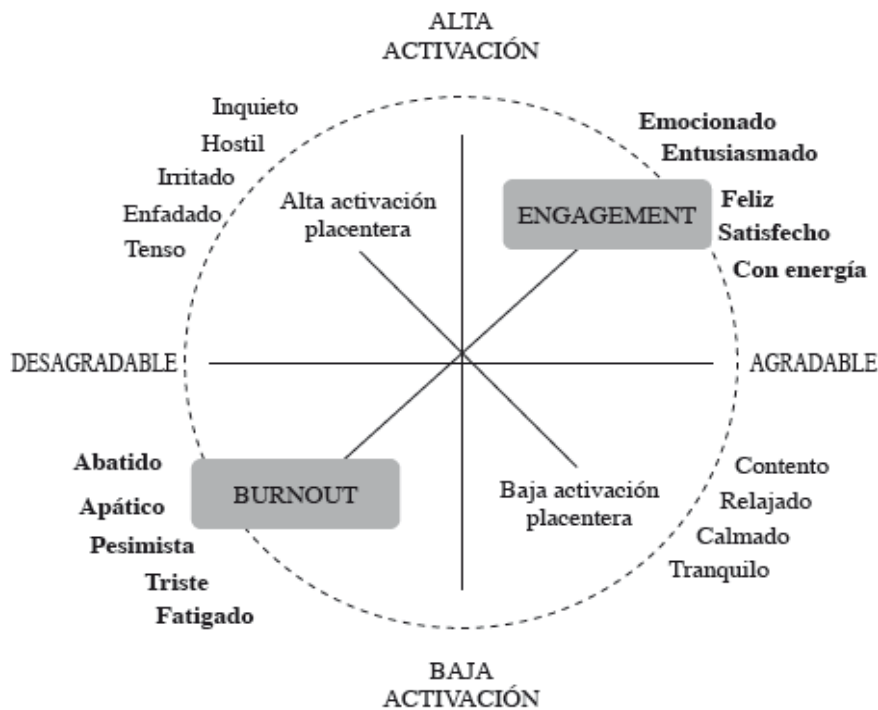
Para hacer el análisis textual de las formas léxicas obtenidas de las categorías asociadas por los trabajadores al término Trabajo, se realizó una

primera fase de revisión de todo el material, se depuró y lematizó el corpus. En una segunda etapa se codificó el material según un análisis deductivo o top down way, lo que llevó a la construcción de un diccionario diseñado exclusivamente para el estudio.

La construcción del diccionario utilizado en el análisis textual y de correspondencias se inspiró en la literatura especializada en los modelos de Burnout (Maslach y Jackson, 1981; Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001), de Bienestar y Engagement (Salanova y Llorens, 2008; Salanova y Schaufeli, 2009) y en investigaciones que relacionan el Engagement y el Burnout (Schaufeli, Martínez, Marques-Pinto, Salanova & Bakker, 2002; Schaufeli, Salanova, González-Roma & Bakker, 2001), basadas en el *modelo de Demandas-Recursos*, que se acercan a una perspectiva integrada y sirvieron de inspiración a la categorización efectuada. Los estudios sobre Engagement, Burnout y Demanda- Recursos (Schaufeli & Bakker, 2004; Llorens, Schaufeli, Bakker & Salanova, 2007; Bakker & Demerouti, 2007), han establecido dos tipos de efectos (a) los de signo negativo, que comportan deterioro de la salud y vivencia de malestar, marcados por un estrés que puede derivar en burnout y desvinculación con el trabajo (*disengagement*), consecuencia de una situación prolongada de insuficiencia de recursos para afrontar eficazmente la demanda y (b) los de signo positivo, caracterizados por unas circunstancias estables de adecuación de los recursos a la demanda y que conllevan un refuerzo de la salud y del bienestar psicológico, así como una motivación en forma de vinculación y compromiso (*engagement*) con el trabajo y con la organización.

En línea con los modelos que tratan de integrar las teorías de Engagement y el Burnout, se encuentra el modelo de Russell y Carroll (1999), adaptado por Bakker, Rodríguez-Muñoz y Derks (2012), tal como se presenta en la figura N° 7, en el cual se muestran 4 ejes: Engagement como el estado opuesto del Burnout; la baja activación placentera tendría en su contrario a la alta activación placentera; lo agradable-desagradable y el de alta activación placentera-baja activación placentera.

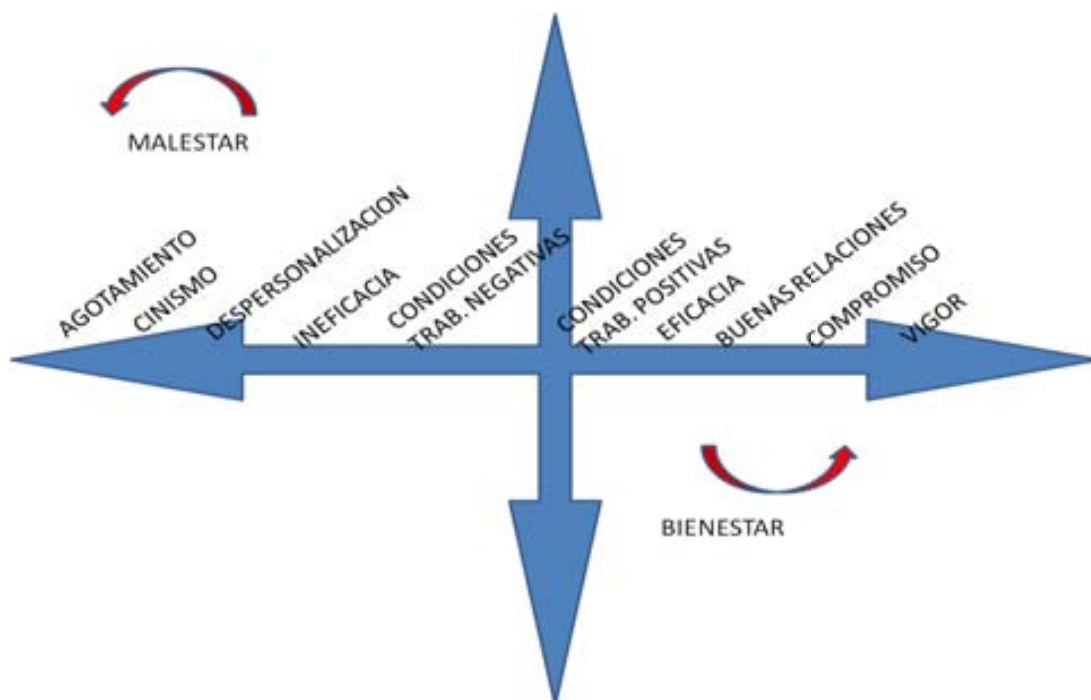
Figura N° 7. Burnout vs. Engagement de Russell y Carroll (1999), adaptado de Bakker, Rodríguez-Muñoz y Derks (2012)



Burnout vs engagement (adaptado de Russell y Carroll, 1999)

El diccionario creado para la investigación, cuya representación gráfica se presenta en la figura N°8 y se puede consultar completo en el Anexo N° 1, tiene un gran eje en cuyos polos se situarían en un extremo el Bienestar-Engagement y en el otro el Malestar-Burnout.

Figura N° 8. Representación gráfica del Diccionario Engagement-Burnout



El proceso de categorización del corpus según el diccionario creado empezó con una primera división en los bloques de Bienestar y Malestar. Se construyeron los códigos generales, asociados al eje Bienestar y Malestar. En el polo de Malestar las categorías que se diseñaron fueron:

- Condiciones de trabajo Negativas
- Malestar
- Agotamiento
- Cinismo (actitud negativa hacia organización)
- Despersonalización (Trato negativo a las personas)
- Ineficacia.

Por su parte, en el polo de Bienestar las categorías creadas fueron:

- Condiciones de trabajo Positivas
- Bienestar
- Vigor
- Compromiso
- Buenas Relaciones-Personalización
- Eficacia

En un segundo nivel de categorización se diseñaron los códigos específicos, que incluyeron el total de expresiones o formas léxicas depuradas, para lo cual se trató que el nombre escogido reflejara los significados originales. Posteriormente se asignaron las valencias positivas, negativas y no específicas a todas las palabras del corpus. Finalizado este proceso se llevó a cabo un análisis de los principales patrones encontrados partiendo de las frecuencias y los núcleos de significado dominante.

4.3.2. Procedimiento de la Fase Cuantitativa

4.3.2. 1. Procedimiento Análisis de Correspondencias

A partir de los resultados obtenidos en el análisis de correspondencias del significado del trabajo el procedimiento incluyó una revisión detallada de: la inercia, los valores propios (la medida del valor de la dispersión a lo largo de un eje), las contribuciones absolutas (el peso que tiene cada categoría en la definición de cada uno de los ejes), la contribuciones relativas (la distancia entre un punto y el origen de las coordenadas) y el resultados de las gráficas (Joaristi y Lizasoain, 1999; Etxeberría y otros, 1995; Bisquerra, 1989; Cornejo, 1988). Para facilitar la visualización de los resultados también se procedió a representar gráficamente cada dimensión

obtenida, y se situaron sobre un eje las modalidades de las dos variables de acuerdo con sus coordenadas y contribuciones absolutas y relativas.

4.3.2.2. Procedimiento Análisis Estadístico de las Escalas seleccionadas

Con el apoyo de los sistemas mencionados se obtuvieron las medias, desviaciones, tamaño del efecto y diferencias significativas entre medias de las escalas del Cuestionario de Condiciones de trabajo y Bienestar Laboral General. Así mismo se llevaron a cabo los cálculos de las escalas de Cultura de Servicio, Cultura de Negocio y sobrecarga por la relevancia que pueden tener para la visión del trabajo y la profesión médica. Luego de la primera fase procedimental se siguió con el análisis de los indicadores obtenidos y su posterior interrelación con los ejes teóricos que enmarcan la investigación.

Procedimiento para la aplicación del Cuestionario

La información contenida en esta investigación fue recogida entre los años 2009-2011 por los miembros del Proyecto de Investigación *KOFARIPS, Capitalismo Organizacional como factor de riesgo ocupacional*. En una primera etapa se envió la propuesta de investigación y cuestionario a los responsables de los centros de salud, explicando el motivo del estudio y anexando un modelo de cuestionario. La propuesta fue aprobada por los centros y el trabajo de aplicación del cuestionario se llevó a cabo en cada país, con el consentimiento de los participantes en el estudio.

El cuestionario tardó en ser respondido por cada participante unos 20 minutos aproximadamente, contando con la presencia de los investigadores para aclarar dudas y preguntas. La aplicación fue presencial para evitar extravíos, problemas en el llenado de los ítems o manipulación de la información.

4.3.3. Ética de la investigación

La información proporcionada por los cuestionarios fue considerada confidencial y tratada en consecuencia. Todos los instrumentos fueron codificados con un código alfanumérico y sólo tuvieron acceso a ellos las personas directamente implicadas en el presente proyecto, de acuerdo con la Ley 15/ 1999 española de protección de datos. Asimismo, se aplicó la normativa internacional vigente para la investigación social relativa a consentimiento informado, confidencialidad de los participantes y de sus centros de trabajo (razón por la cual no aparece el nombre de ninguno de los centros donde se hizo el estudio), compromiso de devolución de resultados y utilización responsable de la información.

4.4. Participantes

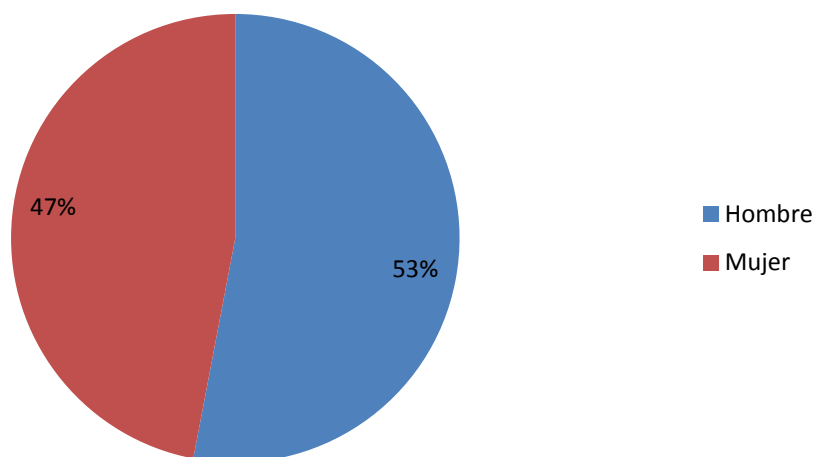
En el presente estudio participaron (voluntariamente) 305 profesionales de la medicina de España, Chile, Colombia, Brasil, Colombia y Venezuela, a los que se accedió por muestreo de conveniencia. Sus características demográficas se exponen a continuación.

Sexo

Rellenaron la encuesta 161 hombres (el 53 % del total) y 144 mujeres (el 47 %). La caracterización por Sexo se observa en la Figura N° 9.

Figura N° 9. Gráfico de la distribución de la Muestra por Sexo

Sexo de los participantes estudio

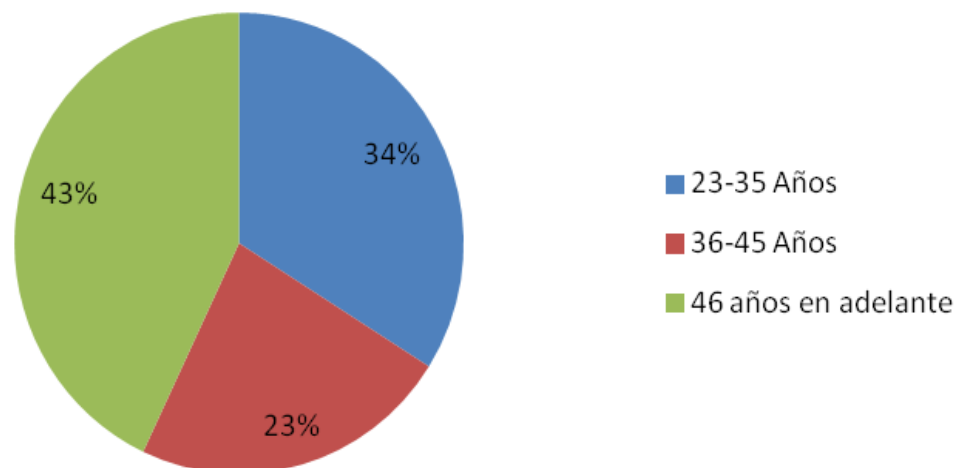


Edad

La edad media es de 42,17 años y el rango de edades va de los 23 a los 75 años. El rango de edad de los 305 empleados encuestados se distribuye según los siguientes parámetros: 103 trabajadores, que representan el 34 % de la muestra tienen entre 23 y 35 años; 70 trabajadores, que suponen un 23% de la muestra están entre los 36 y 45 años; y 132 profesionales, que constituyen un 43% del total, tienen más de 46 años. Como puede apreciarse el mayor porcentaje de encuestados según el criterio edad se encuentra en el rango de 46 años en adelante. En el gráfico N° 10 se puede apreciar la caracterización de la muestra por el criterio edad.

Figura N°10. Gráfico de la distribución de la Muestra por Edad

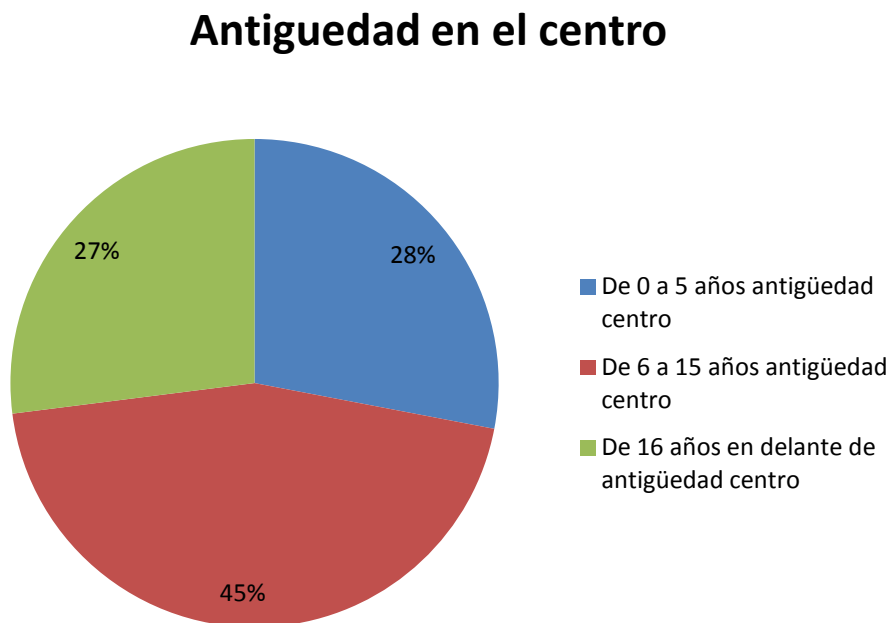
Edades participantes en el estudio



Antigüedad en el centro

La media de antigüedad en el centro de trabajo de los encuestados es de 10,42 años. La antigüedad en el centro de trabajo de los participantes se caracteriza según los siguientes porcentajes: 131 trabajadores, que representan un 28% del total de la muestra, tienen de 0 a 5 años de antigüedad en el centro; 80 profesionales, que suponen un 45 % del total de la muestra, tienen entre 6 y 15 años de antigüedad en el centro en el que trabajan y 78 encuestados, que constituyen un 27% de la muestra, tienen de 16 años en adelante de antigüedad en el centro donde laboran. En la figura N°11 se puede detallar la caracterización de la muestra por el criterio antigüedad en el centro de trabajo.

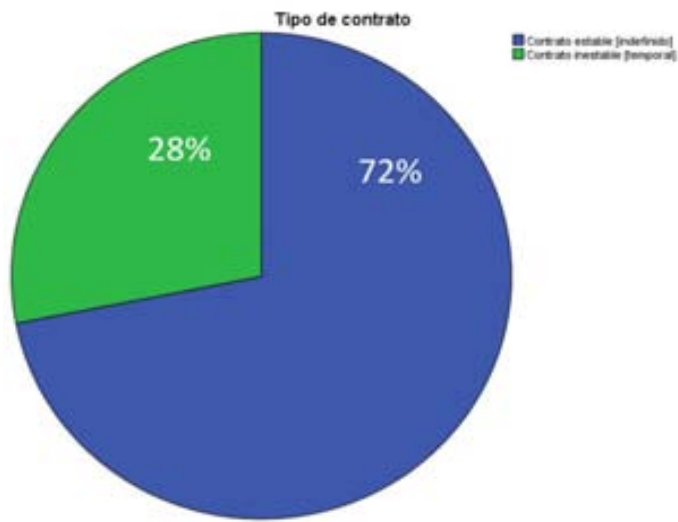
Figura N° 11. Gráfico de la distribución de la Muestra por antigüedad en el centro



Tipo de contrato

219 de los participantes la investigación (un 72%) tenía contrato estable en el momento de rellenar la encuesta; mientras que 86 de ellos (un 28%), disponían de un contrato temporal. En el gráfico N° 12 se puede observar la caracterización de la muestra por el criterio tipo de contrato.

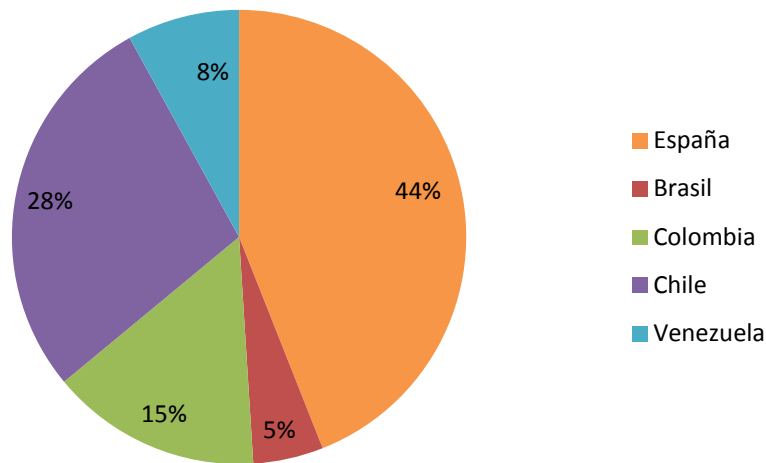
Figura N°12. Gráfico de la distribución de la Muestra por tipo de contrato



Países

La muestra según los países donde laboraban los participantes, se conformó por 133 profesionales de España, que representan un 44% del total de la muestra; 84 profesionales de Chile que constituyen un 28% del total de la muestra; 47 trabajadores de Colombia, que significan un 15% del total encuestado; 25 trabajadores de Venezuela, que representan un 8% del total de la muestra; y 16 profesionales de Brasil que constituyen un 5% del total encuestado. En el gráfico N° 13 se puede observar la caracterización de la muestra por países.

Figura N°13. Gráfico de la distribución de la Muestra por país



En síntesis, la muestra del estudio contó con 305 profesionales de la medicina de Iberoamérica, 53 % de hombres y 47 % mujeres. Los rangos de edad fueron de 23 a 75 años, con un promedio de 42,17 años. El promedio de antigüedad en el centro de trabajo fue de 10,42 años y un 72% de la muestra presenta de 6 años en adelante de antigüedad en su centro. Los trabajadores que formaron parte del estudio cuentan en su mayoría (72%) con un contrato estable de trabajo. La distribución por países fue de un 44% de profesionales de España, 28 % de trabajadores de Chile, 15 % de profesionales de Colombia, 8% trabajadores de Venezuela y 5 % de profesionales de Brasil.

4.5. Instrumento

Para la colecta de datos se recurrió a la técnica de la encuesta, en la que se incluyó una batería integrada de preguntas abiertas sobre el Significado de la experiencia laboral y el Trabajo para los profesionales de la medicina, la carga percibida de trabajo y series de escalas estandarizadas sobre *Condiciones de Trabajo* (Blanch, Sahagún y Cervantes, 2010, 2011; Blanch, 2011), *Bienestar Laboral General* (Blanch, Sahagún, Cantera y Cervantes, 2010), las escalas de valores *Servicio o Empresa*; además de la información sociodemográfica.

4.5.1. Pregunta abierta sobre el Significado el Trabajo para los profesionales de la medicina.

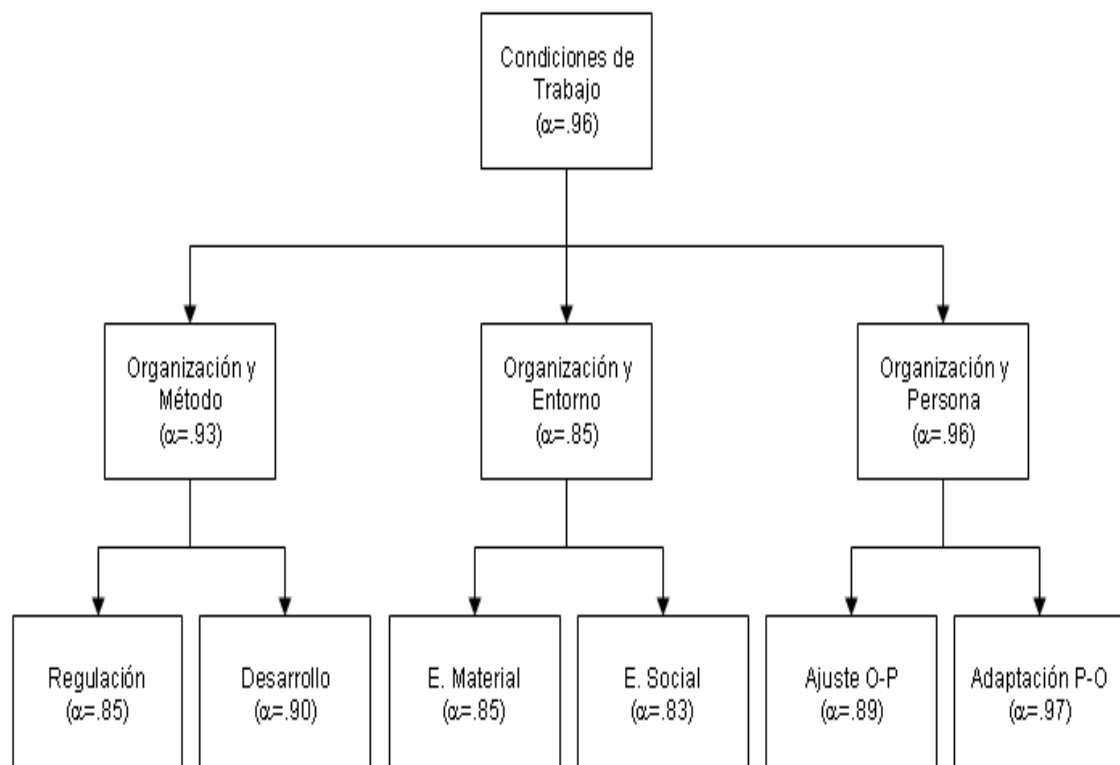
Se utilizó la técnica de la asociación libre que consiste en proporcionar una expresión o palabra estímulo, y recoger mediante cuestionarios los términos que se asocian en un determinado grupo. En la encuesta se solicitó a los participantes que resumieran en cuatro palabras clave su actual experiencia de trabajo

4.5.2. Cuestionario de *Condiciones de Trabajo*

El Cuestionario de Condiciones de Trabajo (qCT) fue específicamente diseñado y validado (Blanch, Sahagún y Cervantes, 2010, 2011; Blanch, 2011) para evaluar la dimensión psicosocial de las condiciones laborales en organizaciones de servicios humanos (como hospitales) de aquí que se adapta especialmente a la realidad del contexto de los profesionales de la medicina. El instrumento total está conformado por 44 ítems (Alpha total del cuestionario = .96) distribuidos en seis escalas. Las escalas del qCT están agrupadas en tres factores: (a) *organización y método*, (b) *organización y entorno* y (c) *organización y persona*. La estructura del qCT pasó por un proceso de validación que incluyó, entre otras fases, un análisis de componentes principales. Las escalas que lo componen tienen un formato de respuesta de elección múltiple, con opciones de respuesta de 0 a 10 (mínimo-máximo, pésimo-óptimo, etc), en el caso de valoraciones de aspectos relacionados con los factores *Organización y Método* y con *Organización y Entorno*; y de 1 a 7 (mínimo-máximo, pésimo-óptimo, etc) en dos escalas con formato Likert con las que se mide aspectos de la

relación percibida *Organización-Persona*. Todas las escalas mostraron una alta consistencia interna (alphas comprendidas entre 0.83 y 0.97). En la figura N°14 se puede apreciar el Modelo Teórico de Condiciones de trabajo (Blanch, Sahagún y Cervantes, 2010)

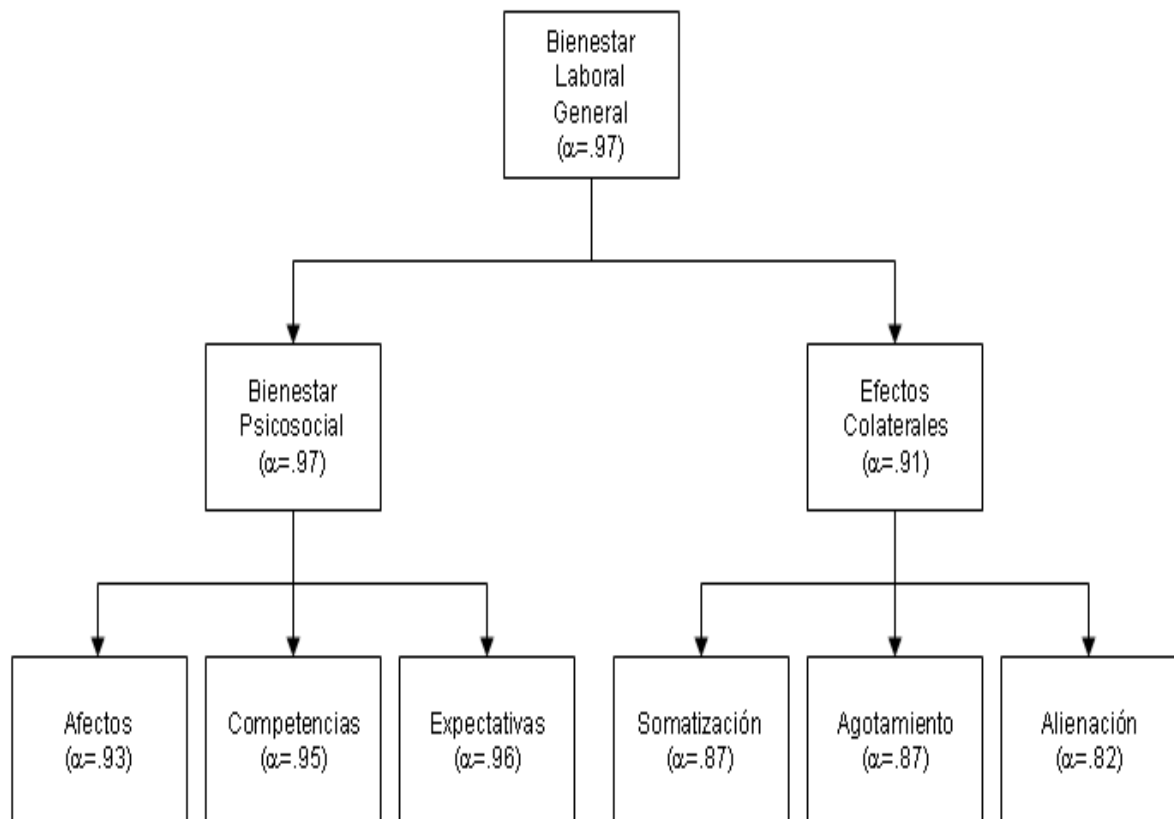
Figura N°14. Modelo Teórico de Condiciones de trabajo (Blanch, Sahagún y Cervantes, 2010)



4.5.3. Cuestionario de Bienestar Laboral General (qBLG).

El instrumento fue concebido para ser aplicado en servicios humanos como los hospitalarios, es una herramienta de evaluación de la dimensión psicosocial del continuo bienestar-malestar. Está integrado por 41 ítems (Alpha total del cuestionario = .97), fue validado de forma similar al qCT e incluye seis escalas agrupadas en dos grandes factores: (a) *bienestar psicosocial* y (b) *efectos colaterales*. La consistencia interna de estas escalas oscila entre un Alpha de .82 y .97. Los ítems de las primeras dos escalas del factor de bienestar psicosocial (afectos y competencias) tienen formato de diferencial semántico. El resto de las escalas del qBLG es de formato Likert. En todos los casos, las opciones de respuesta van de uno a siete. El modelo teórico de Bienestar Laboral General (Blanch, Sahagún, Cantera y Cervantes, 2010) se presenta en la figura N°15.

Figura N°15. Modelo Teórico de Bienestar Laboral General (Blanch, Sahagún, Cantera y Cervantes, 2010).



4.5.4 Escalas de Valores *Servicio y Empresa*.

Desarrolladas en el marco del proyecto KOFARIPS, ambas tienen un formato Likert de respuesta de elección múltiple, con opciones que van de 0 a 10, y fueron validadas de una forma similar al qCT y al qBLG. La escala consta de 9 valores, 4 de los cuales corresponden a valores de servicio y 5 a principios empresariales. La consistencia de la primera es de Alpha .88 y la de la segunda obtuvo un Alpha de .77

4.5.5. Carga y tiempo de Trabajo.

En una de las preguntas abiertas del cuestionario se solicitó a los encuestados sobre si, para hacer su trabajo, les faltaba, les bastaba o les sobraba tiempo.

Ítems censales

Finalmente, los ítems del apartado de los datos socio-demográficos incluyen referencias a variables como sexo, edad, antigüedad en la profesión y en la organización, tipo de contrato, carácter público o privado del centro, etc.

En el Anexo 2, se muestra el cuestionario general utilizado en la investigación.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

Médico... *“Vir bonus, medendo peritus”*... hombre bueno, experto en el arte de curar...

Boecio (480-624)

“Este doctor, está siempre con sus remedios, sabiendo que yo no quiero drogas de botica; pero los médicos son como los obispos: aquéllos siempre dan recetas y éstos siempre echan bendiciones, aunque las personas a quienes las dan no las quieran o se burlen de ellas. El Dr. Moore está enorgullecido de ser mi médico y le parece que esta colocación aumenta su ciencia: creo que efectivamente necesita de ese apoyo. Es buen hombre y conmigo de una timidez que perjudicaría a sus conocimientos y luces aun cuando tuviese las de Hipócrates. La dignidad doctoral que ostenta algunas veces es un ropaje ajeno de que se reviste y que le sienta muy mal. Está engañado si piensa que tengo fe en la ciencia que profesa, en la suya y en sus recetas: se las pido, a ratos, para salvar su amor propio y no desairarlo; en una palabra, mi médico es para mí un mueble de aparato, de lujo y no de utilidad: lo mismo ocurría con mi capellán, que he hecho regresar”

*Simón Bolívar (En Luis Perú de Lacroix,
DIARIO DE BUCARAMANGA, 1828)*

A partir de un recorrido primeramente teórico y luego empírico por el significado que los profesionales de la Medicina dan a su trabajo y la profesión médica, se ha construido una reflexión sobre cómo se transforma la subjetividad de estos profesionales, en el marco de una vorágine de cambios y modificaciones en el mundo laboral. En ese contexto, en el presente capítulo se expondrán los resultados de la fase empírica realizada, que contó con la implementación de diversas herramientas cualitativas y cuantitativas.

Se presentaran 3 bloques de resultados, uno primero sobre la aproximación a los rasgos de la profesión médica; en segundo lugar se exponen los resultados globales de las escalas de condiciones de trabajo y bienestar para evidenciar el impacto que se configura en la experiencia psicológica del personal médico a partir de los cambios en el entorno de trabajo; el tercer bloque comprende los resultados del significado del trabajo desde el punto de vista cualitativo y el cuantitativo, que se logró a través de varios análisis de correspondencias. En la parte final se interrelacionan e interpretan estos resultados.

5.1.- Rasgos de la profesión médica a la luz del análisis documental

A partir del análisis de contenido de fuentes documentales, se extrajeron una serie de ejes temáticos transversales relativos al modo cómo los profesionales de la medicina perciben las características de su profesión. Del conjunto del material estudiado fueron seleccionadas las 14 categorías siguientes:

- 1- Valores que prevalecen en la relación con los otros
- 2- Modelo de Conocimiento
- 3- Modelo de Conducta profesional
- 4- Enfoque profesional
- 5- Relación Profesional - Paciente
- 6- Desempeño de roles extraordinarios
- 7- Dilemas del Ejercicio Profesional
- 8- Responsabilidad del profesional de la medicina.
- 9- Retribución económica de los profesionales de la medicina
- 10- Medicina basada en la evidencia versus en la afectividad
- 11- La identidad cuestionada.

- 12- Pertenencia a los colegios profesionales
- 13- Medicalización, parte o no del discurso médico...
- 14- Ritual del encuentro médico, la consulta.

1-Valores que prevalecen en la relación con los otros. Altruismo y generosidad en el ejercicio de la profesión. 1

En el análisis realizado son varios los textos donde los valores alrededor de la benevolencia son expresados a través de diversas frases y expresiones como *trabajar por amor al arte*:

*"Jo sóc de la primera promoció de l'Autònoma. Guardo molt bons records. Vam tenir la sort de ser una mica els mimats. Tots els professors hi posaven molta il.lusió i ganes, i tothom hi tenia molt d'interès. **I això que molts ho feien per amor a l'art, perquè no cobraven res ni estaven reconoguts.** Això ho vam viure des del primer moment i hi vam participar molt. Fèiem vida a l'hospital. Vam fer pràctiques ja des del començament, molt ben fetes..."*

Entrevista a la Dra. Mercè Gurgui en Martínez (2004, p.38)

Aspectos impensables hoy en día como *trabajar sin cobrar o trabajar porque se quería...* surgen de otros testimonios igualmente expresivos de algunos médicos catalanes:

*"El 1963 -segueix- Caralps va proposar-me l'aventura científica d'intentar trasplantaments de ronyó en éssers humans. Va ser una decisió que es va prendre d'immediat i, al cap de pocs dies, es va formar un equip multidisciplinari en el qual destacava un grup d'infermeres especialment motivades i amb molta capacitat per treballar en aquell projecte. Vam posar tota la carn a la graella-explica, mentre trenquem per Aribau- i vam formar un equip, sense cap mena d'ajuda institucional ni de cap altra mena, per engegar un protocol experimental. Treballàvem al Clinic amb una pala de matar mosques al quiròfan, imagini's. No tenien res. **Quan provàvem de preparar-nos per fer trasplantaments, aquí, ningú no cobrava, ningú no estava en nòmina, ni les infermeres. Ho fèiem perquè***

1 En todas las citas textuales que se presentan en este apartado, las **negritas** han sido puestas por la autora de la tesis.

volíem. El que portàvem a terme era transcendent en l'aspecte mèdic, però sobretot en l'humà. Es començava a treballar a la mitjanit fins a les cinc o les sis de la matinada, fins i tot dissabtes i diumenges."

Entrevista al Dr. Josep Maria Gil-Vernet en SINCA (2009,p.117-118).

*"Però, més enllà, de la gestió tècnica, cal concloure que la grandesa d'aquestes activitats mèdiques impregnades de filantropia i altruisme, es basa en la solidaritat de les persones, d'entre les quals els metges n'hem d'ésser exemple paradigmàtic. Sens dubte, tornar la salut i sovint salvar la vida als pacients abandonats en països llunyans d'aquest planeta, es fonamenta en un bon exercici de la medicina, en una acurada planificació de la sanitat i en una **concepció humanista de la professió**. Només així, senyor president, benvolguts acadèmics, senyores i senyors, contribuirem, ordenadament i amb efectivitat, a la millora de l'estat de salut de la soferent humanitat i a la dignificació de les persones anònimes, que, malgrat el seu patiment, ens miren directament als ulls i confien les seves vides a les nostres mans."*

Discurso del Doctor Josep Antoni Pujante i Conesa (2006).

El Dr. Gregorio Marañón, modelo para muchos de la práctica médica en España, también escribió frases arquetípicas sobre el altruismo:

- *"Gentes elevadas, **limpias de interés**, aristocracia verdadera, que es la creada en el ámbito del propio trabajo y la propia dignidad..."*
Gregorio Marañón (1962, p.20-21)
- *"Si ser médico es **entregar la vida a la misión elegida**.*
- *Si ser médico es no cansarse nunca de estudiar y tener todos los días la humildad de aprender la nueva lección de cada día.*
- *Si ser médico es hacer de la ambición nobleza; del interés, generosidad, del tiempo destiempo; y de la **ciencia servicio al hombre** que es el hijo de Dios.*
- *Si ser médico es **amor, infinito amor, a nuestro semejante...***
- *Entonces ser médico es la divina ilusión de que el dolor, sea goce; la enfermedad, salud; y la muerte vida."*

Gregorio Marañón

Fuente:(<http://ooche813.blogspot.com.es/2009/03/gregorio-maranon-y-posadillo.html>)

Hurgando en el pasado, no podemos dejar de invocar el Juramento Hipocrático que explícitamente habla de atender en forma gratuita al paciente así como enseñar el oficio a quien lo necesitara:

*"Tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores, compartir con él mi hacienda y **tomar a mi cargo sus necesidades si hiciera falta**, y considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte, si es que tuvieran necesidad de aprenderlo, **de forma gratuita y sin contrato...**"*

Juramento Hipocrático. (García, 1983)

En la medicina Norteamericana encontramos declaraciones como la siguiente:

"Yo todavía creo que la amistad y bondad valen la pena y como médico tienes una oportunidad suficiente para eso. Mucha gente en ocasiones necesita un doctor y estar disponible para ayudarlos es satisfactorio."

Cartwright (1967)

La otra cara de la moneda del altruismo es el valor egoísmo, que se ilustra con textos de la base KOFARIPS como:

"Sin duda hay una incongruencia, en la universidad uno aprende que lo más importante es la vida del paciente y en la realidad actual lo que importa son los costos que este genere."

(Médico colombiano)

2- Modelo de Conocimiento. La profesión médica, es la expresión de un conocimiento especializado, que ha sido sacralizado. En la revisión socio-histórica elaborada se visualiza con fuerza la prevalencia del modelo científico, pero también se observa la corriente de aquellos que lo rechazan para encontrar otros caminos mágico-religiosos.

Por un lado en los textos revisados se manifiesta la inclinación hacia el modelo científico, como se puede observar en el artículo 21 del Código de Ética y Deontología Médica española:

"El ejercicio de la Medicina es un servicio basado en el conocimiento científico, en la destreza técnica y en actitudes éticas, cuyo

mantenimiento y actualización son un deber individual del médico y un compromiso de todas las organizaciones y autoridades que intervienen en la regulación de la profesión."

Organización Médica Colegial de España (1999). Código de Ética y Deontología Médica española. Art 21.

En el otro extremo están los que niegan que la profesión médica se desarrolle con carácter científico, crítico o que sea de calidad:

«Históricamente la enseñanza de la medicina, de pre y posgrado se ha impartido y se sigue impartiendo en unos ambientes de majestuosidad y autoridad difíciles de cuestionar. La crítica, la autocrítica, la duda y la refutación nunca fueron parte de nuestra formación. Tampoco se nos enseñó en esos "sacrosantos lugares" metodología científica, lectura crítica de investigaciones, metaanálisis, etc. En cambio, nuestra formación giró en torno a autores, escuelas, textos y documentos claves; y que se esperaba que nunca cuestionásemos. En resumen, era más importante quién decía que lo que decía.»

Alcaraz y Salager-Meyer (2002).

"El médico cura sólo lo que Dios quiere, y cuando Dios no quiere, se sirve, para su misteriosos designios, ya de la limitación genérica de la ciencia de curar, ya de la limitación específica de los encargados de administrarla."

Marañón (1962, p.159)

3. Modelo de Conducta profesional. En la profesión médica se han promovido a través de su historia conductas ejemplares, como el altruismo y el desinterés, que han sido incluidos en los códigos deontológicos de la profesión médica de todo el mundo.

El texto más emblemático de la profesión médica y código de conducta por excelencia es el **Juramento Hipocrático**:

*"...APLICARÉ mis tratamientos para **beneficio de los enfermos**, según mi capacidad y buen juicio, y me abstendré de hacerles daño o injusticia. A nadie, aunque me lo pidiera, daré un veneno ni a nadie le sugeriré que lo tome. Del mismo modo, nunca proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo.*

***VIVIRÉ y ejerceré siempre mi arte en pureza y santidad.** No practicaré la cirugía en los que sufren de cálculos, antes bien dejaré esa operación a los*

que se dedican a ella. Siempre que entrare en una casa, lo haré para bien del enfermo. Me abstendré de toda mala acción o injusticia y, en particular, de tener relaciones eróticas con mujeres o con hombres, ya sean libres o esclavos.

GUARDARÉ silencio sobre lo que, en mi consulta o fuera de ella, vea u oiga, que se refiera a la vida de los hombres y que no deba ser divulgado. Mantendré en secreto todo lo que pudiera ser vergonzoso si lo supiera la gente.

SI FUERA FIEL a este juramento y no lo violara, que se me conceda gozar de mi vida y de mi arte, y ser honrado para siempre entre los hombres. Si lo quebrantara y jurara en falso, que me suceda lo contrario.”

Juramento hipocrático (siglo V. A.C)

En el *Código de Ética y Deontología Médica* español (Organización Médica Colegial Española, 1999) se describen los principios de la profesión especialmente en el artículo 4 que reza así:

“1. La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico.

2. El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna.

3. La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia.

4. El médico nunca perjudicará intencionadamente al paciente ni le atenderá con negligencia. Evitará también cualquier demora injustificada en su asistencia.”

Pero la misión ética del profesional de la medicina se extiende incluso más allá de las esferas profesionales para algunos:

“Un hombre que puede ser guía de la sociedad y marcarle con su conducta personal el ejemplo que los demás deban seguir es el médico, con principios firmes, conducta recta, mente clara y por ende, consciencia tranquila.”

Mateos-Gómez (2008).

Desde una vertiente de preocupación y alerta se sitúan los textos donde los profesionales de la medicina perciben que las circunstancias organizacionales, las presiones profesionales o los nuevos modelos de gestión del tiempo, pueden llevarlos a conductas poco éticas, como el siguiente:

"...El sistema te obliga a condicionar tu labor, te restringe tiempo, salarios, costos y eso va en contra de lo que éticamente debe hacer un médico La verdad es que uno a veces se ve obligado a hacer cosas que nunca se hubiera imaginado como estudiante, entonces empiezo a ver como somos lo que el sistema desea y le conviene"

(Médico colombiano)

El profesionalismo se muestra en el recorrido socio-histórico que hemos hecho, de diversas formas:

*"En efecto, a menudo parece como si unos y otras se encontraran incómodos a la hora de proclamar su profesionalismo, influidos por el nuevo «pensamiento único» que la corriente posmodernista ha introducido, en la que **no resulta políticamente correcto exhibir el altruismo, la honestidad, el compromiso y tantos otros componentes del ideario profesional porque se hallan etiquetados de antiguos, rancios o conservadores, o entran en contradicción abierta con los postulados esenciales de aquella corriente predominante hoy en día.**"*

Dr. Helios Pardell. *El Nuevo Profesionalismo Médico. Una Ideología expresada en Conductas.* En Oriol y Pardell (2003, p.14)

En ocasiones, la manera de ejercer el profesionalismo es resistirse o mantenerse firme ante medidas gubernamentales o cambios en el sistema:

"P: ¿Los especialistas están interviniendo menos de lo que debieran y pudieran hacer a la hora de tratar a sus pacientes?"

*R.E.G.- Como ya le dije, no podría decir que todos tienen miedo, pero muchísimos médicos están atemorizados y no quieren correr riesgos. **Hay otros que con toda su autoridad profesional actúan como siempre, han dicho que están en desobediencia civil frente a los decretos y que atenderán a sus pacientes con el criterio habitual.**"*

Entrevista al Dr. Roberto Esguerra (2010) en el Diario El Espectador. (Orozco, 2010)

4- Enfoque profesional. En la revisión documental llevada a cabo se han distinguido varios estilos de orientación profesional, como son los Modelos: Mercantil-Deshumanizado, Burocrático, Humanista, entre otros.

-Mercantil-Deshumanizado

En estas ilustraciones del estudio KOFARIPS se ven como prioridades, y no como parte de una situación de salud y atención al usuario, la captación de los mercados, las aportaciones, la atención a mayor cantidad de usuarios, el ahorro...

- *"Este afán por competir, por meterse en un mercado, por ser un referente en un mercado siempre los que llevan la peor parte son las personas que no son participantes de este mercado o sea que no son grandes aportantes, los que tienen menos recursos, en ese sentido instituciones como esta que no solamente están dedicadas a la prestación de servicios de salud sino también a la formación de nuevos profesionales que a la larga son los que van a perpetuar este sistema, digamos la situación actual está afectando y se pierde esa cultura de la educación en cuanto al avance de la ciencia. La producción científica y académica hasta el momento no ha satisfecho mis expectativas a nivel personal"*

(Médico español)

- *"Me impacta negativamente en los últimos años el trabajar con incentivos económicos a cambio de reducir la calidad en el ambiente sanitario"*

(Médico español)

- *"El modelo de profesional que demanda la organización es **ROBÓTICO**, no humano: hay que ahorrar, ver el mayor número posible de personas, que sean bien atendidos, sin hacerlas esperar y con una sonrisa en la cara. Imposible"*

(Médica española)

- *"No es posible una resistencia porque eso va en detrimento de mi formación y mi futuro. El caso más flagrante es la situación en la que, después de una guardia de 24 horas tenga que quedarme hasta completar la jornada habitual, cuando está publicado en el BOE que es obligatorio irse a casa a descansar. A este respecto no cabe resistencia, porque si me escudo en la ley para ir a casa legítimamente, sé que no me van a dejar participar en intervenciones quirúrgicas, y eso va en contra de mi propia formación y de mi futuro profesional"*

(Médico español)

-Burocrático

Otros textos nos traen referencias al modelo burocrático, en el cual los procesos de control del tiempo, de estandarización de funciones o tareas *dominan* una relación que además de institucional es sobretodo *humana*:

"El médico está a punto de perder su prestigio de experto en la naturaleza del hombre, esto es, su prestigio de artista o, quizás mejor, de artesano del mecanismo nuestro, para pasar a ser un burócrata que propone, casi mecánicamente, sus recetas, las cuales son discutidas por el paciente, interesado de los últimos progresos, no de otro modo a como se discuten los platos diversos de la carta de un restaurante."

Dr. Gregorio Marañón (1962)

Entrevista al Dr. Mariano Casado:

"P- Hay médicos, y también pacientes, que echan en falta el paternalismo.

M.C-Se habla de que la relación médico-paciente está en crisis. Hemos pasado a una relación burocrática. La confianza y la intimidad se han perdido. Desde los propios colegios de médicos se está moviendo los hilos para que la deontología sea una pieza básica. En mayo habrá en Badajoz una asamblea de colegios de médicos y de decanos de medicina para discutir sobre la implantación de la deontología en los grados de medicina. La relación médico paciente ha perdido mucho y hay que cambiar para que sea más humana. Se aprecia la carencia de formación deontológica en los médicos. Y la deontología no tiene nada que ver con cuestiones ideológicas, con ser de izquierdas o de derecha."

Entrevista al Dr. Mariano Casado. La relación médico-paciente ha ido del paternalismo a la burocracia. Hoy.es. 7 de Abril, 2009.

Del estudio KOFARIPS se reseña un texto sobre la dominación burocrática:

"La sensibilidad, de la parte administrativa frente a las necesidades y dificultades del trabajador, pues siempre lo he percibido así desde que ingresé acá, a pesar que tengo una buena relación con la parte administrativa, pero se da uno cuenta que falta una mayor integración hacia las personas mirando desde otro punto de vista, como un ser global. Aquí hay una falla grande, de pronto la institución se preocupa más por estar bien ante los procesos administrativos pero no se preocupa en si porque el usuario este bien, o sea lo que yo percibo es que la

*preocupación bien grande de ellos es estar bien ante los entes administrativos que están por encima, como por ej., la contraloría, si me entiende? Ellos se sienten contentos o satisfechos o tranquilos porque tienen que estar bien ante la gente que hace las regulaciones de la institución como contraloría, procuraduría. Si, entonces percibo eso, que la preocupación para ellos más grande es esa y descuidan el empleado, entonces el empleado se ve obligado a hacer ciertas cosas porque ellos queden bien... un ej. Es que hay que pasar ciertas cuentas de cobro y para pasarlas hay que pagar una contraprestación social, digamos si tú tienes 3-4 meses que no recibes dinero te causa dificultad, para eso entonces la parte administrativa se le hace fácil, esto hay que pagarlo tal día o si no hay un rompimiento del contrato, cuando la misma institución nos coloca en esa condición de no pagar ciertas cosas porque no tenemos como hacerlo...En la parte de contratación también se hace lo mismo, se hace cierto tipo de contrato que va mas encaminado a satisfacer sus propias demandas y que estas estén más de acuerdo con ciertos requisitos, que le permiten estar en acuerdo con la contraloría, porque nunca se han preocupado por hacer otros tipos de contratación, o sea, digan vamos a proponer esto, lleguemos a un acuerdo. ¡ Siempre ha sido de esa manera! ¡El beneficio propio de la institución!... por ejemplo se exige el pago de una póliza, aquí no lo veo del todo mal, pero es de tipo unilateral, que si no cumplimos con lo pactado en la institución ellos pagan a la misma, pero si la institución no nos cumple ellos no nos pagan a nosotros nada. **Entonces es otro punto que veo, que la institución se preocupa más por estar bien ante los entes de control que por los empleados. Entonces eso causa cierta disconformidad, porque tu quieres que las cosas sean bilaterales, algo mutuo, que doy y recibo. Entonces esa es la perspectiva que tengo por esa parte.**"*

(Médico colombiano)

-Humanista

El modelo humanista se encuentra presente en antiguos textos médicos ya reseñados como el Tratado Hipocrático del siglo V, y en materiales como los que se reflejan a continuación: una cita representativa del Dr. Gregorio Marañón, un principio de la declaración de la Asociación Médica Mundial y parte de un blog escrito por un médico catalán:

“De este reflejo, más que deliberada intención, ha nacido la gran Medicina humanista del último tercio del siglo XIX y de los comienzos del siglo XX, hecha de profunda información tradicional, gloriosamente empírica, pero

*llena de receptividades para todo lo nuevo, para todas las técnicas, mas siempre centrada en el conocimiento entrañable del hombre, que es, cada uno, como un mundo y justifica todos los afanes del médico y todas las extralimitaciones de su sabiduría. **Persona y médico son las dos entidades que definen a la Medicina tradicional y a la moderna. La persona es siempre un número, y el hombre es, cualquiera que sea, un cosmos aislado de todas las series ...***” (Gregorio Marañón, 1950,1962)

"En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica: Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad, Otorgar a mis maestros el respeto y gratitud que merecen, Ejercer mi profesión a conciencia y dignamente, Velar ante todo por la salud de mi paciente, Guardar y respetar los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente, Mantener incólume, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica..."

Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial.
Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM (1948)

*"Totes aquestes situacions doloroses em remetien, una vegada més, a la figura del metge de capçalera que vaig tenir la sort de conèixer en la seva popular consulta del carrer Maragall. El doctor Casals era aquell "**Vir bonus medendi peritus**" (hombre bueno, perito en el arte de curar), que deien els antics. L'home bo que sap curar i atendre la persona. I encara que no vulguis, la comparació es fa inevitable."*

Jiménez Navarro, testimonio sobre el Dr Martí Casals i Echegaray. (2011)

5- Relación profesional de la medicina- paciente. La relación profesional de la medicina-paciente está mediada por la nostalgia del pasado, a veces marcada por un toque paternalista pero también por un cariz personal e íntimo. Hoy en día este vínculo se encuentra impactado por la tecnología, las exigencias de eficiencia y la reducción en los tiempos de atención al médico.

Se encuentran innumerables textos de descripciones sobre la relación entre el profesional de la medicina y el paciente donde el signo era la intimidad, el contacto personal, digno, en el marco de un vínculo como el que se describe:

“Era normal que le llamaran a cualquier hora del día, especialmente de noche, y que cuando salía a comer fuera de casa con la familia tuviera que acordar, e incluso pagar, a un compañero para que le cubriera su

*ausencia. Eran más de 100 personas al día las que visitaba durante esos años en una consulta que nunca cerraba las puertas y donde la cola se prolongaba desde su despacho en un primer piso hasta la calle. **Su mejor y, quizás, única tecnología: la relación médico-paciente y la confianza mutua.** Su empleador, se supone que la Seguridad Social, nunca le reconoció ningún mérito; al contrario, lo mantuvieron muchos años de interino para ahorrarse el pago de los trienios. De pequeño, mi padre era un héroe para mí. No podía serlo de otra forma una persona a la que todo el mundo agradecía cosas, a quien se saludaba constantemente en la calle y de quien casi siempre hablaban bien. Parte de las visitas que hacía no las cobraba y, en otras, hacía verdadera economía de trueque.”*

Dr. Albert Jovell, Presidente del Foro Español de Pacientes, 2003

*“Anònim ha dit...Un gran home, el dr. Casals que t'ha inspirat a escriure aquest article on es reflectix la figura del METGE. **Actualment ens falta aquest METGE ple d'humanitat i per tant que s'acosta a la persona.** Quan vaig al metge de capçalera em trobo amb una persona que ni tan sols em mira la cara, està davant l'ordinador fent una feina purament administrativa. Això no pot funcionar de cap de les maneres, cal reivindicar i fer arribar a qui correspongui aquesta figura tan entranyable que tan bé ens descrius. Felicitats per l'article”*

Blog de Angel Jimenez Navarro, comentario al artículo publicado en este blog sobre el Dr Martí Casals i EcheGARAY.

Del doctor catalán Joaquím Barraquer ubicamos un testimonio sobre la relación con los pacientes:

"Pera m'explica, jugant amb el botó verd, la part humana és la principal. Mira - ara assenyala la pantalla plana amb la llanterna-, avui dia hi ha moltes màquines: que si televisors, ultrasonidos, làsers...Es pot mesurar l'ull per saber si ets miop; són les màquines.

Però amb aquests avenços es perd el tracte amb el malat. Escoltar-lo, fer-li preguntes, contestar-li les seves, i després d'operar-lo, donar-li tractament i tornar-lo a visitar. És a dir: no es tracta de dir "Molt bé, molt bé, té cataracta, l'opero i passi-ho bé."** No. Nosaltres treballem l'actitud envers el malalt.Tenim la part, diguem-ne, clínica molt desenvolupada, i aquesta part és, precisament, la de veure'ns amb el malalt, fer-li el diagnòstic i operar-lo, però tractant-lo humanament. El nostre lema és ficar-nos en la seva pell, i si és un malalt pesat, h'has aguantar. **El metge ha de ser com un confessor.** Abans tothom anava a confessar-se. Ara gairebé no hi va ningú. **Doncs el metge avui dia ha de fer una mica de

psiquiatre. És a dir, jo sóc oftalmòleg, sóc cirurgia, però sobretot, sóc un metge que escolta el malalt i l'aconsella'.

Entrevista al Dr. Joaquin Barraquer, en Sinca (2009, pp.154-155).

Del grupo de médicos encuestados se extraen dos frases que ilustran, en un primer caso el segundo plano al que ha llegado la relación con el paciente y un testimonio que ilustra los retos de la relación hoy en día:

- *"No hay suficiente tiempo ni recursos para darles el trato que merecen los pacientes"*

(Médica chilena)

- *"Tengo fama de "lenta" pues le dedico a los pacientes el tiempo necesario, los escucho y los examino bien. A mis compañeros "les rinde mas" ´porque atienden la consulta muy rápido generalmente sin escuchar a los pacientes. Mis jefes lo saben y alguna vez me abrieron una investigación disciplinaria, pero tuvieron que cerrarla, reconociendo que hacía bien mi trabajo."*

(Médica colombiana)

- *"Por qué tengo que perder tiempo preguntándole al paciente qué le pasa si yo, por las pruebas clínicas, lo sé mejor que él..."*

(Médico español)

6- El profesional de la medicina a través de la historia ha ejercido roles extraordinarios, siendo portador de cualidades y carismas, que no comparten los profesionales profanos. La cualidad extraordinaria puede ser su "ojo clínico", su entrega desinteresada o su incansable espíritu de trabajo, como se puede observar en la selección de textos. El profesional de la medicina se convierte en un *apóstol de la salud*, o su entrega es semejante a la de un *sacerdote*, puede llegar a ser un *santo* o un *héroe*.

"Y sin embargo, esta humilde profesión hipocrática, tan vecina de la del sacerdote, cuando el sacerdote es bueno, es la expresión más eficaz de nuestro arte, y por ello tendrá que renacer, para bien de los sanos y de los enfermos, aun cuando adopte modalidades más a tono con la vida actual."

Marañón (1941, p. 265)

En Venezuela, se puede decir que el santo más venerado es el Doctor José Gregorio Hernández, que nació en 1864 y ejerció como médico y docente en la Universidad Central de Venezuela, hasta su muerte en 1919. A pesar

de no haber sido nombrado santo oficialmente por la iglesia católica, es el santo con mayor popularidad en Venezuela, encontrándose en proceso de canonización.

Como ejemplo de ethos popular que envuelve a los profesionales médicos anexamos la oración por su beatificación, que se encuentra en cientos de sites religiosos, pero también de espiritismo, como muestra del sincretismo que enmarca la fe en este médico. En ella se describen su heroicidad y santidad:

"Oh Dios misericordioso, que te has dignado escoger a Venezuela para ser la Patria de tu siervo JOSÉ GREGORIO, quien prevenido por tu gracia practicó desde niño las más heroicas virtudes, en especial una fe ardiente, una pureza angelical y una caridad encendida, siendo ésta la escala por la cual su alma voló a tu divino encuentro cuando recibiste el holocausto de su vida. Concédenos que brille pronto sobre su frente la aureola de los santos, si es para tu mayor gloria y honor de la Santa Iglesia. Te lo pedimos por los méritos de Cristo Nuestro Señor. Amén.

[\(www.ilustres.com.ve/jose-gregorio-hernandez-el-venerable/\)](http://www.ilustres.com.ve/jose-gregorio-hernandez-el-venerable/)

7- Dilemas del Ejercicio Profesional. Las tensiones, contradicciones entre los principios de la profesión y las condiciones sociales o exigencias de modelos economicistas.

La protesta de los profesionales de la medicina española negándose a acatar la política de desatender a los inmigrantes, recientemente promulgada por el gobierno de Mariano Rajoy (Sahuquillo, 2012), así como la carta al director de un conocido diario del Dr. Pulido posicionándose con respecto a las medidas del gobierno español que pretenden eliminar el servicio médico a los inmigrantes, muestran las tensiones de la práctica médica ante el contexto de reformas y recortes.

Espero no estar nunca en su pellejo

Trabajo atendiendo a personas con infección por el VIH en un hospital público. De los 1.000 pacientes bajo mi cuidado, unos 150 son inmigrantes. Ni uno solo ha hecho turismo sanitario, y la mayoría no sabían que estaban infectados cuando dejaron su país en busca de un trabajo con el que ganarse la vida, o se han infectado estando en nuestro país.

Muchos de ellos perderán la tarjeta sanitaria y su tratamiento antirretroviral en agosto si se cumple lo anunciado por la señora ministra. Serán los elegidos para morir por el bien de los españoles.

Ahorraremos algo de dinero de nuestras maltrechas cuentas dejándoles morir, pero no nos importará porque son ilegales. No lo merecen. No existen. Pero yo conozco sus nombres y sus caras y cuando me despida de ellos en la consulta sabré que soy parte de la hipocresía de una sociedad donde el derecho a la vida es solo para algunos. ¿Qué sentirá un político tomando decisiones que suponen la muerte de personas en aras de un bien supuestamente superior, como es la reducción del déficit? Espero no estar nunca en su pellejo.— **Federico Pulido Ortega**. Madrid.

Los médicos de familia piden objetar ante la desatención a inmigrantes

La SEMFyC considera que la retirada de la asistencia sanitaria a los 'sin papeles' es inmoral

- **DESCARGABLE 'Análisis ético ante la retirada de la asistencia sanitaria a 'sin papeles'**
María R. Sahuquillo Madrid. El País 11 JUL 2012 -

La [Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria \(SEMFyC\)](#), la más representativa de atención primaria, anima a los médicos a objetar ante la [retirada de la asistencia sanitaria a los inmigrantes en situación irregular](#). Esta organización, con más de 20.000 asociados en toda España, considera que esta medida choca con sus principios éticos y vulnera el código deontológico médico en varios puntos, incluido el que dicta que estos profesionales deben “velar por el bienestar, la lealtad, la justicia y la autonomía del enfermo”. Así, la SEMFyC anima a los médicos a seguir atendiendo a sus pacientes que estén en situación irregular y a declararse objetores para protestar contra esta ley. **La lealtad al paciente debe prevalecer, dicen.**

“No podemos dejar de atender a personas que porque hayan perdido su permiso de residencia podrían estar en una situación de indefensión sanitaria”, ha explicado Josep Basora, presidente de esta sociedad médica que ha analizado desde el punto de vista de la ética médica el real decreto de medidas urgentes, que incluye la retirada de la tarjeta sanitaria a los inmigrantes irregulares, que, a partir del 1 de septiembre, solo tendrán derecho a la asistencia sanitaria de urgencias (excepto los menores) y a la atención al embarazo y el parto. Esta medida, afirman, sitúa a los médicos ante un conflicto ético importante. “El ejercicio de la profesión médica conlleva unas obligaciones éticas de las que los médicos no pueden desprenderse a conveniencia personal, de la organización, ni siquiera de las disposiciones gubernamentales”, aseguran.

Así, muchos de estos profesionales objetarán a esta ley y seguirán atendiendo a los que ya son sus pacientes. Estén en situación regular en España o no. “Estas personas a las que se retira la tarjeta sanitaria son nuestros pacientes. No desaparecen porque el Gobierno diga que ya no tienen derecho a tener prestaciones”, ha remarcado Abel Novoa, autor del documento *Análisis ético ante la retirada de asistencia sanitaria a inmigrantes sin permiso de residencia* presentado hoy en Madrid y miembro del grupo de Bioética de la SEMFyC. Este profesional de la medicina ha explicado que él organizará su cupo para poder asistir a estas personas dentro de su horario laboral. “Es nuestro deber como médicos”, declara.

La SEMFyC recuerda que, según el Código de Deontología Médica, la objeción de conciencia es “la negativa del médico a someterse por convicciones éticas, morales o religiosas a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violente seriamente su conciencia” (artículo 32.1). **Esta, la objeción, es la única salida que tienen los profesionales para poder luchar contra esta medida “injusta e inmoral”, y también para presionar para que se cambie. Para ello han abierto un registro de objetores en el que los médicos podrán inscribirse para dejar constancia de su acción; aunque también deberán informar a su superior.**

Esta organización, sin embargo, sí acepta la limitación de la asistencia sanitaria a los inmigrantes que decidan residir en España de manera irregular a partir de ahora, “y que lleguen conociendo esta circunstancia”, sostienen.

Cinco comunidades, [Andalucía](#), [Cataluña](#), País Vasco, Asturias y [Comunidad Valenciana](#) ya han anunciado su intención de seguir prestando asistencia sanitaria normalizada a los inmigrantes *sin papeles*.

8-La Responsabilidad del Profesional de la medicina. En el pasado el profesional de la medicina tenía una autoridad ilimitada en la relación con el paciente, en la actualidad se ha evolucionado hacia un vínculo adulto en el que el paciente es responsable de sus propias necesidades.

La fe ciega en los galenos, como se puede observar en el texto siguiente va a significar la existencia de un sistema paternalista de creencias en la autoridad del profesional médico, que no acepta “la exigencia de responsabilidades” en su visión más tradicional...

"La vida moderna va penetrando hasta en los sectores mas inexpugnables de la psicología y de las costumbres hispánicas. Una de las manifestaciones de esta penetración es el que hayan comenzado a exigirse responsabilidades genuinamente profesionales a nuestros médicos. Salvo algún caso excepcional, que yo no conozco-pero que hay que dar por existente, para que algún erudito no nos coja los dedos-, la exigencia de responsabilidades, criminales o civiles, a un médico por los prejuicios derivados de su asistencia incorrecta era, hasta no hace mucho, cosa de otros países menos románticos que el nuestro. En España se apretaba mucho en el aspecto moral-lo cual es también romanticismo-pero a nadie se le ocurría pedir cuentas al galeno porque su receta o su golpe de bisturí no hubieran estado inspirados en el acierto. Pero aceptemos por ahora que romanticismo significa desinterés y generosidad y por lo tanto, entre otras cosas, aceptación, ascética del inevitable error, cuando son los hombres y no Dios, los encargados de aliviar nuestros dolores y nuestras cuitas; gracia para acatar el mal que humanamente no ha podido ser evitado; sin exigir demasiado a los médicos, porque se parte, sensatamente, de la noción de su falibilidad."

Marañón (1962, p.158-159)

La responsabilidad de los pacientes como coprotagonistas de la relación médico-paciente tiene una ilustración en el artículo 10 de la ley General 14/1986 General de Sanidad de España, que consagra los derechos y la responsabilidad del paciente, específicamente en los artículos 5 y 6:

"Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: 5. A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos: a) Cuando la no

intervención suponga un riesgo para la salud pública. b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas. c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.”

Ley 14/1986 General de Sanidad. Referencia: BOE-A-1986-10499.Publicación: BOE núm. 102 de 29/04/1986

9- La retribución económica de los profesionales de la medicina. La Profesión Médica refleja una composición social mixta, ha sido una profesión bien pagada, que otorga prestigio y estabilidad a quien la ejerce. No obstante en la actualidad, dependiendo del contexto y el país donde se ejerza, puede presentar un panorama de precarización y temporalidad como cualquier otra profesión.

El valor dado a la retribución económica, la estabilidad y el confort económico de algunos profesionales de la medicina se puede observar en el texto del Dr. Villardell, Jefe del servicio de Medicina Interna del Hospital de Vall d'Hebron de Barcelona sobre los dilemas de los profesionales de la medicina:

*“Soc conscient que els valors socials han canviat, alguns s'han transformat i altres pràcticament han desaparegut, i un jove pot interpretar que aquests valors vivencials de respecte, consideració i altruisme no són importants, i que el lloc principal el pot ocupar un valor com pot ser l'econòmic. **També hi ha vocacions basades en aquest valor, perquè fent de metge es pot trobar una feina segura i, fins i tot, el metge es pot enriquir. Això és possible, però també cal dir que si només fas de metge és difícil que et facis ric.** Llavors, com és que hi ha persones que volen ser metges per enriquir-se? Evidentment, perquè hi ha metges que s'han enriquit amb la professió, bé perquè han aplicat una tècnica molt concreta, que dominava molt poca gent: bé perquè han aconseguit un prestigi social molt alt i han estat valorats des del punt de vista econòmic. Aquests metges que uneixen prestigi social amb potència econòmica són molt visibles i mediàtics, tenen una intensa vida social, les seves cases surten a les revistes, els seus cotxes són espectaculars...i és lícit que hi hagi persones que pensin que fer de metge és un camí per obtenir prestigi social i un elevat estatus econòmic.”*

Villardell (2009, p.28)

¿Serán los profesionales de la medicina, nuevos precarios? El siguiente texto anónimo “Carta de un médico catalán”, refleja las consecuencias de la interinidad y precariedad en el sector médico español:

*"Me despiden. A partir del día 1 de Agosto no podré atenderles más debido a los recortes presupuestarios en sanidad proyectados por el gobierno de la Generalitat. Según me han comentado en subdirección médica, el hospital de Bellvitge no tiene dinero para pagarme este verano. Ni a mí, ni a los otros 56 médicos eventuales que, como yo, serán despedidos. **Inicialmente el plan es recontratarnos en septiembre u octubre, con contratos renovables de mes a mes, sin derecho a vacaciones y posiblemente con una rebaja del sueldo.** Estas opciones son casi una invitación a los médicos para que abandonemos la sanidad pública. Lo mismo está pasando desde hace mucho tiempo con enfermeras, auxiliares y demás sanitarios que han visto empeorar sus condiciones de trabajo en los últimos años. Estos recortes, junto con los realizados previamente y el actual cierre de hospitales, contribuirán a aumentar las listas de espera tanto para consultas como para quirófanos y a reducir la calidad de la asistencia hasta el punto que, quien quiera tener acceso a la salud, sólo le quedará la opción de pagar un seguro privado. Además de los gastos de este seguro deberá contar con el hecho de que la aseguradora no tendrá la misma cobertura de salud que la sanidad pública. Esto será un gran beneficio económico para las aseguradoras de salud, que posiblemente ya se están frotando las manos pensando en los millones de euros que ganarán aprovechando esta penosa situación. También será un gran beneficio para las arcas de los gobiernos que habrán de gastar menos dinero en salud. **Es decir, la salud de las personas es una carga para las arcas de los gobiernos.** "*

Carta de un médico catalán. Anónima. Colgada en varios lugares en internet desde mediados de agosto 2011(rankia, foro costa rica, y otras pàgs. españolas)

"...uno va con lo otro, al no tener uno sentido de pertenecía, de confianza entre todos. Por ejemplo ahora es todo política y hay gente muy habilidosa para eso, entonces todo es por política. Pues es que ahora todos estamos como en la cuerda floja, no sé qué va pasar el mes entrante, no sé qué va a pasar cuando se termine el contrato de seis meses, uno nunca sabe qué va a pasar, ¿hasta cuándo me van a tener así?" (Médica colombiana).

En sus respuestas a las preguntas abiertas del cuestionario de la encuesta, un médico -que se considera privilegiado- cuenta detalles de su historia y del calvario del resto de sus colegas en el centro de trabajo

*"...yo creo y considero que el personal de planta está en unas condiciones más o menos aceptables a buenas. Básicamente los que están en condiciones inferiores son los que no están posesionados, no están nombrados, se llaman en términos genéricos contratistas. **Porque es que comparando uno un empleo de planta nombrado a un empleo de contrato o una prestación de servicio o a una vinculación por intermediación laboral o cooperativa de trabajo asociado, el ingreso de esa persona puede ser menos de la mitad de lo que gana una persona de planta.** Una persona de planta gana, le voy a dar el caso concreto de un médico general de 8 horas en el hospital gana 3.700.000 pesos, ese mismo médico en iguales condiciones de trabajo o de carga de estrés de responsabilidad en el mejor de los casos no se gana sino 1.800.000 pesos, entonces es prácticamente la mitad de lo que se gana el médico de planta que esta nombrado. Y eso condiciona una cierta inequidad y la gente quiera o no empieza a hacer comparaciones odiosas, entonces a veces lo ven a uno como la vaca sagrada, pero también no miran la historia de veintiocho de años en la institución donde también nosotros tuvimos que hacer luchas, los compañeros y compañeras del sindicato tuvieron que hacer muchas luchas reivindicativas para poder llevarnos al nivel que estamos. Entonces eso tampoco ha sido gratuito, yo tuve una época en que el ingreso mío no era el que tengo actualmente, pero a pesar de eso yo siempre pensaba que eso iba a mejorar y las perspectivas mías mejoraron. **Pero en los actuales momentos los ingresos de la mayoría del personal de salud son malísimos, hay estudios que demuestran que un médico hace 20 años se ganaba lo equivalente a 20 salarios mínimos y ahora los médicos algunos no se alcanzan a ganar sino entre 3 y 5 salarios mínimos y de ahí tener que descontar su seguridad social.** Entonces la desmejora de la calidad del ingreso y de la calidad de vida es significativa, yo me considero un privilegiado, esa es la palabra. Yo me declaro satisfecho por mis condiciones laborales que me pueden dar una estabilidad."*

(Médico colombiano)

10- Medicina Basada En La Evidencia Vs. Medicina Basada La Afectividad

La Medicina basada en la evidencia (MBE) ha priorizado los protocolos y guías de actuación sobre la relación con el paciente (Pardell, 2009), pero desaprovecha el potencial curativo que subyace a esta relación. Pardell (2009) reconoce la importancia de lo científico, pero apunta las desventajas de la MBE:

“...ha contribuido decididamente a ensalzar las virtudes del razonamiento científico determinista en menoscabo del componente relacional de la actuación del médico, y a ver a los pacientes como sujetos con patrones de enfermedad normalizados susceptibles de recibir atención asimismo normalizada, diseñados a partir de exigencias que, a menudo, nada tienen que ver con la que se entiende como buena práctica clínica. En este contexto, es frecuente encontrarse con médicos que saben razonar y calcular mucho pero que saben escuchar muy poco.”

Pardell (2009, p.24)

El Dr. Jovell (1999) propone una Medicina basada en la Afectividad (MBA) en contraposición a la Medicina basada en la Evidencia (MBE). Su modelo parte de una relación médico-paciente adulta, en la cual los pacientes y profesionales establecen un trato asentado en la confianza y afectividad:

“Los pacientes, además, tienen sentimientos, por lo que, al igual que cualquier otra persona en situación de crisis o desamparo, tienen necesidad de afecto, aunque a veces deban recurrir a la resignación o a la negación como estrategias de evitación de la enfermedad. En este sentido, cabría recordar que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación médico-paciente y el mejor procedimiento para favorecer dicha relación es la confianza mutua, basada en el respeto, la comprensión y el afecto.”

Jovell (1999)

11-La identidad cuestionada.

La Profesión médica presentaba una identidad signada por el prestigio y la estabilidad en el pasado, lo que hoy en día en algunos contextos y situaciones esta mutando hacia la inestabilidad, la inseguridad y las trayectorias laborales irregulares.

El Dr. Pardell (2009) dice en su libro sobre *el Médico del futuro*:

“Este proceso de asalariamiento/proletarización de los médicos, acarrea consecuencias trascendentales para la profesión en conjunto, que progresivamente va perdiendo señas de identidad y se convierte en un grupo ocupacional más, con vocación de conseguir un estatus funcional que asegure la estabilidad laboral, que se va adentrando progresivamente en la cultura de la queja como señas de identidad de su situación profesional y que exhibe cotidianamente el síndrome del burnout y manifiesta su desmotivación.”

Pardell (2009, p.40)

"La masificación del servicio y la ignorancia por parte de la gerencia hacen que me tenga que aferrar a una identidad como profesional no reconocida por nadie más que por mí mismo y mis compañeros."

(Médico español)

12-Pertenencia a los Colegios Profesionales.

El modelo colegiado y jerárquico, constituye parte de la identidad médica, en algunos textos puede apreciarse su relación con estas instituciones o el combate del conflicto entre los profesionales:

“Los colegios deberían encarnar esta organización autoexigente y liderar el diálogo con la sociedad para el nuevo contrato implícito. Creo que no es difícil de aceptar que, con alguna excepción, hasta ahora no lo han hecho. O al menos hemos de aceptar que hasta ahora los colegios no son percibidos como una organización con estas características ni por la sociedad ni por los propios colegiados.”

Dr. Aubia (2000) Las Organizaciones Profesionales Médicas en España desde la Perspectiva de La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Lops) En Oriol y Pardell (2003). *La profesión médica. Los retos del milenio.* p.152

“Por otro lado, en este mismo contexto de las organizaciones complejas, el médico debe contribuir a potenciar los estamentos de cariz profesional, distinguiéndolos netamente de los de carácter sindical; debe esforzarse por minimizar los enfrentamientos entre los distintos grupos de profesionales médicos que coexisten, con distintas responsabilidades...”

Helios Pardell. *El Nuevo Profesionalismo Médico. Una Ideología expresada en Conductas.* En Oriol y Pardell (2003, p.17)

13- La medicalización, parte o no del discurso médico...

En el estudio encontramos las dos caras de la moneda, los profesionales de la medicina que se consideran en parte responsables de la medicalización y otros que mencionan el rol de las empresas farmacéuticas, como causantes y beneficiarias de esta desviación.

La entrevista hecha al Dr. Enrique Gavilán, con el titular *“Los médicos contribuimos a la medicalización”* otorga responsabilidad a los profesionales de la medicina en el proceso de catalogar como *enfermedades* procesos vitales y etapas etarias.

“P: ¿Considera usted que los médicos son conscientes de este fenómeno?”

Dr. Gavilán: “Está comprobado. Hay que hacer un poco de autocrítica y los médicos hemos contribuido a la medicalización; de hecho, yo diría que somos los mayores medicalizadores. Hemos tendido a tratar dentro del ámbito sanitario lo que no debía estar metido ahí, excepto en el caso de que existan complicaciones médicas. De esta manera, aumentamos nuestro poder y nuestra consideración social. Lo que sucede es que ahora está más enfocado en la administración de medicamentos.”

Dr. Enrique Gavilán. Los médicos contribuimos a la medicalización.
Recuperado de Público.es Madrid 21/01/2011
<http://www.publico.es/ciencias/357375/los-expertos-contribuimos-a-la-medicalizacion>

En otro texto tomado del blog de un psiquiatra, que se presenta como el Dr. [Federico Pavlovsky](#) se trata de la relación entre el mercado de los fármacos y la labor del profesional médico.

“Tenemos entonces a enormes empresas internacionales y nacionales con una necesidad: vender drogas. Tenemos una generación de médicos en pésimas condiciones laborales, víctimas del burnout, el cansancio y la frustración cotidiana. Tenemos una compleja estrategia (diseñada por expertos en ventas) para captar a los médicos en un sutil contrato implícito y a veces explícito: “Si vos nos ayudas (recetando una determinada droga) nosotros te vamos a ayudar”. Y tenemos a los pacientes, en el medio. [Federico Pavlovsky](#) - Publicado en Agosto 2006

En contra de la medicalización se pronuncia otro profesional médico, que firma como Jerof, en un blog y explica los factores a los que cree que debe este fenómeno:

“Creo que hay dos fenómenos que explican esto: La superstición tecnológica y la creencia en el mana de las pastillas, como los polinesios creían en el maná o poder de algunos objetos. Y lo mejor es que eso arrastra al profesional. Recuerdo que un taller que hicimos en nuestro centro para reducir la polifarmacia - pacientes que toman más de diez principios activos distintos- dije en un momento dado " pero lo curioso es, que si al final no haces una receta, tanto el paciente como nosotros tenemos una sensación de coitus interruptus". La superstición tecnológica es creer que las pruebas complementarias lo diagnostican todo, lo que es un error: un electrocardiograma puede ser normal y el paciente estar sufriendo un infarto; en las primeras 24 horas post-ictus el

TAC craneal suele ser normal. Lo del maná se da sobre todo con los antibióticos: en España se les atribuye un poder omnímodo y su consumo es muy superior al del resto de la UE. Pero también hay que hacer autocrítica sobre el intervencionismo del profesional. En un excelente documento publicado por la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC), Malalts de salut - Enfermos de salud, aunque ignoro si se tradujo al castellano-, se hacía hincapié en los tratamientos farmacológicos de procesos banales, en situaciones innecesarias o llamadas preclínicas y en el patrón de uso de los pacientes, indistinguible de cualquier otro bien de consumo. Los españoles van al médico hasta el doble de veces al año que el resto de europeos, sin que nuestros resultados en salud - morbilidad, mortalidad, etc...- sean sustancialmente mejores, y eso tal vez se deba a que las medicinas se compran más que se toman y a la creencia general de que basta el análisis para estar más sano - sin hacer nada en consecuencia a sus resultados. Hace unos años se propugnó que se debía introducir el ácido acetilsalicílico en todos aquellos pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular; ningún estudio ha apoyado la recomendación, y es más, han aumentado los efectos secundarios del ácido acetilsalicílico - hemorragias digestivas altas. También se propuso el tratamiento con metformina, un antidiabético oral, en aquellas personas con obesidad y sobrepeso con alta probabilidad de desarrollar una diabetes tipo 2 con el tiempo... no sólo no se ha demostrado una medida preventiva eficaz, sino que se nos ocurre otra medida más coste-efectiva: perder peso. Los bifosfonatos son un grupo de medicamentos que se ha demostrado eficaz en el tratamiento de la osteoporosis... pero tras generalizarse su uso aparecieron algunos interrogantes: primero, los laboratorios no mencionaron a las claras que uno de sus efectos secundarios - aunque muy infrecuente- era producir una fibrilación auricular, un tipo de arritmia.”

Fuente: Cultura en cadena. <http://www.culturaencadena.com/cec/la-columna/la-columna-de-opinion-de-cec-reflexiona-sobre-los-recortes-en-salud-los-médicos-no-somos-imprescindibles.html>

14- El ritual del encuentro médico, la consulta.

Como ya se describió en capítulos anteriores los ritos y la dinámica de trabajo en la medicina se han transformado. El ritual de la consulta médica ha ido cambiando en múltiples aspectos, como la duración, la cercanía de la relación, el trato o la estructura de la interacción. Aunque la presente investigación es sobre profesionales de la medicina se considera que para entender convenientemente el tema del cambio en los procesos de ritualización de la profesión se deben colocar ilustraciones textuales tanto del punto de vista de los profesionales de la medicina como de los pacientes. En este sentido se expondrá primero el testimonio de un profesional de la medicina y luego una ilustración de un paciente, que se queja por asistir a una consulta de 2 minutos.

Un profesional de la medicina español describe como es su relación “*de minutos*” con un paciente en un blog titulado “*Gran avance de la sanidad en España: el tiempo de consulta médica para cada paciente, pasa de 5, a 6 minutos*”:

“No se trata de una broma, aunque en otros países o a futuras generaciones, tal vez así pueda parecerlo. Lo cierto es que, en las nuevas agendas de asistencia médica, en atención primaria, se establece que el tiempo “oficial” que dispone cada paciente, entre los más de 40 o 50 atendidos: pasa a 6 minutos en lugar de los 5 de ahora. Se trata de un “gran avance” aumentar un minuto ... Teniendo en cuenta que durante esos 6 minutos, además de la labor clínica: 1- Se deben utilizar programas nuevos informáticos de gestión “políticosanitaria” que requieren una media de 10 minutos para ser manejados con seguridad, según los técnicos que los elaboran, 2 -Que se aumenta más la burocracia administrativa, con labores extramedicas como las gestiones de citación y derivación del paciente, etc., 3- Además de proseguir con sus funciones de celador, saliendo de las consultas para llamar y controlar las salas de espera. Todo ello, fruto de la gestión política, genera la ausencia de tiempo real en las consultas para lo más básico de la relación médico-paciente: que es mirar al paciente, inspeccionarle, explorarle, diagnosticarle, controlar su tratamiento, explicarle... curarle o aliviarle, y por ello ser tratado con Dignidad humana.”

*Y es que no nos engañemos: **la degradación del acto médico nos afecta a todos**, pues conlleva inexorablemente a la desvalorización de la salud, de la vida, y por ello de la propia Dignidad humana*

¿Hasta cuándo continuaremos asumiendo que no podemos hacer nada por cambiar esta realidad? Después de varias huelgas generales de médicos y el fracaso de iniciativas heroicas para concienciar a la población, como la "plataforma diez minutos" se hace necesario buscar nuevas vías. Algunos creemos que las nuevas tecnologías de comunicación, con los numerosos blogs y webs médicos interrelacionados, etc, pueden ser un nuevo camino, pues suben "la marea" y están generando una dinámica, que tal vez dará con nuevas respuestas creativas y fructíferas."

Blog del Dr. Juan F. Jiménez, 2010

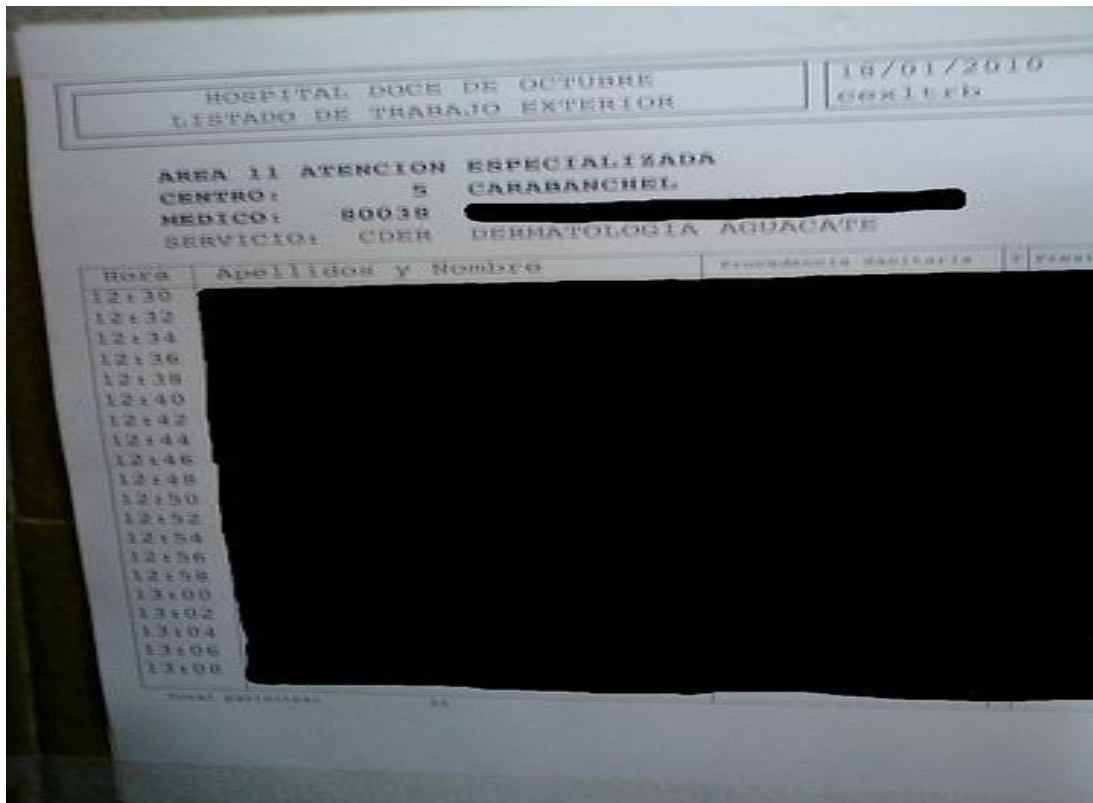
“El 3 de noviembre de 2009, fui al médico de cabecera por una pequeña molestia que tenía en el talón del pie derecho. En el curro varias personas ya me habían dicho lo que era, así que tampoco fue un diagnóstico novedoso: tenía un papiloma plantar....

El trámite duró poco: que tenía un papiloma y me lo tenían que quemar con nitrógeno líquido. Que bajase a por un volante para el dermatólogo. Hola, buenas tardes. Buenas tardes. Cita para el dermatólogo, por favor. Aquí tiene. Y para antes cree que me podría dar. No, es lo que hay. Pues gracias, adiós. Adiós.

Fecha de la cita: 18 de enero de 2010. El lunes de esta semana, para más señas.

Ante la perspectiva de pasarme más de dos meses con el bicho dando por culo, terminé pagándome un podólogo que me estuvo tratando con ácido monocloroacético, nitrato de plata y otras guarrerías que me obligaban a blasfemar en arameo cada vez que pisaba un poquito con el talón. La cosa parecía que se iba curando, pero hace un par de semanas empecé a notar que esto volvía a doler. Como la siguiente revisión en el médico privado no me toca hasta dentro de unos días, decidí no cancelar la cita en el dermatólogo de la Seguridad Social y acercarme, por aquello de tener una segunda opinión.

***Dos meses y medio de espera y todo lo que tengo son... dos minutos con el especialista.** Lo siguiente es una fotografía de la lista de espera para ese turno de dermatólogo (de 12:30 a 13:10). Espero que me sepan disculpar que esté movida:*



Que no se diga que no tenemos una sanidad exclusiva en Madrid: en El Bulli, si consigues una reserva, tienes una mesa durante varias horas. Y dicen que ya es la leche.

El papiloma, por cierto, va bien. Ahí sigue.”

Mateos, J.M. (2010, 20 de Enero) Dos minutos. Blog personal de José María Mateos. Publicado el 20/01/2010 por RinzeWind. Recuperado de <http://rinzewind.org/archives/2010/01/20/dos-minutos/>

En el caso de la presente investigación se han observado varias consultas médicas y se han analizado informaciones documentales de parte de pacientes y profesionales de la medicina. Se desprende del estudio que hay indicios de cambios en el ritual de la consulta médica, de la siguiente forma:

1-Incorporación de nuevos instrumentos simbólicos: el ordenador, bases de datos y sistemas informatizados que el paciente no ve, pero que el médico debe completar efectivamente y en los empleará parte del tiempo de la consulta

2- Cambios en la secuencia del ritual: A la secuencia general (Saludo-Diálogo-Reconocimiento-Diálogo-Despedida) se agregan aspectos

milenarios como el despojarse de ropa y zapatos, la colocación de la bata de paciente y ubicación en la camilla de paciente. A esta parte del ritual ahora se le ha incorporado (al finalizar el reconocimiento o examen físico, y dado el diagnóstico), cuando los consultorios son pequeños en los servicios privados, **el cobro por parte del profesional de la medicina** en países como España. El mismo galeno solicita la tarjeta del seguro o mutua, la pasa por la respectiva máquina, da una copia del ticket y continúa con el paso de emitir el volante o receta y despedirse.

3-Modificación de la atmosfera del ritual. Uno de los aspectos que se habían conservado en el ritual médico era la intimidad, no obstante, hoy en día en países como España, algunas consultas especializadas son realizadas con la presencia de dos profesionales de la medicina, un profesional de la enfermería, él o los pacientes, convirtiendo lo que era *una consulta* en una *reunión médica*.

4- Acortamiento en duración y dinámica. El tiempo de consulta médica ha sido modificado, en las fuentes consultadas se han podido ubicar las duraciones de 5 o 2 minutos en experiencias reales en España. El acortamiento en la duración trae consecuencias en el proceso de entrar en contacto con el paciente, examen físico cuando sea necesario, sin contar el tiempo mínimo necesario para el establecimiento de un vínculo de confianza, entre muchas otras actividades.

5-Cambios en la relación. Factores como la asignación de profesionales diferentes en cada visita, que contribuyen a minimizar el conocimiento de las historias de los pacientes, que antes podían conservar los médicos de familia, así como la presión de tiempo y responsabilidades administrativas, las políticas de eficiencia, el crecimiento del número de pacientes en espera en los sistemas públicos, entre otros, favorecen la configuración de una relación menos personal, más temporal donde mantener una sencilla conversación es cada vez más difícil.

6-Disminución del rol tradicionalmente dedicado a la palabra y a la mirada (“el ojo clínico”) a la confianza, a la complicidad, a la comunicación persuasiva. Aumento de una relación mediada por los ordenadores, centrada en la “receta”, en la fecha de la próxima vista o en los análisis y pruebas...pero debilitada en el simple encuentro personal.

Entre los aspectos que han cambiado de la realidad figuran la disminución de la proximidad interpersonal, el acortamiento de la duración de la consulta, el escaso seguimiento personalizado de cada paciente, el menor contacto personal, entre otros. En síntesis la consulta médica, que tiene como objeto simbólico la sanación, puede tener visos de estar mutando hacia un ritual de suministro de recetas o “*encuentro express*”, si sigue por el camino que ha tomado.

5.2- Condiciones de trabajo y Bienestar Psicosocial

En esta sección, se realiza una presentación general de las medias, desviaciones, tamaño del efecto y diferencias significativas entre medias de las escalas del Cuestionario de Condiciones de trabajo y Bienestar Laboral General. De la misma forma también se presentan los resultados de las escalas de Cultura de Servicio, Cultura de Negocio y sobrecarga por la relevancia que pueden tener para la visión del trabajo y la profesión médica.

5.2.1. Datos descriptivos por Escalas

En la tabla N° 15 figuran las medias y desviaciones por Escalas

Tabla N° 15. Medias y desviaciones estándar por Escalas

Escalas y sub-escalas		Valores	M	SD
qCT	<i>Puntaje general</i>	0 - 10	6,36	1,33
	<i>Organización y método...</i>	"	5,86	1,63
	<i>...regulación</i>	"	5,99	1,66
	<i>...desarrollo</i>	"	5,73	1,83
	<i>Organización y entorno...</i>	"	6,71	1,37
	<i>...material</i>	"	6,28	1,68
	<i>...social</i>	"	7,12	1,48
	<i>Organización y persona...</i>	1 - 7	4,90	1,08
	<i>...ajuste org. - persona</i>	"	4,76	1,26
	<i>...adaptación persona - org.</i>	"	5,02	1,17
	Cultura de servicio	0 - 10	6,21	1,82
	Cultura de negocio	"	6,28	1,75
qBLG	<i>Puntaje general</i>	1 - 7	4,81	0,89
	<i>Factor de bienestar psicosocial...</i>	"	5,13	0,97
	<i>...expectativas</i>	"	5,08	0,93
	<i>...afectos</i>	"	4,86	1,17
	<i>...competencias</i>	"	5,32	1,20
	<i>Factor de efectos colaterales...</i>	"	3,50	1,11
	<i>...alienación</i>	"	3,14	1,28
	<i>...desgaste</i>	"	4,61	1,37
	<i>...somatización</i>	"	2,74	1,42

-Como se observa en la tabla, **en lo relativo a las condiciones de trabajo, la media más alta fue otorgada por los participantes a la escala de ambiente social** (X=7,12; SD=1,48), seguida por la de *ambiente material* (X=6,28; SD=1,68). El factor *organización y entorno*, que incluye ambas

escalas tiene una media de 6,71 (SD=1,37), todos estos datos referidos a rangos de 0 a 10.

También reciben valoraciones aceptables el grado percibido de *ajuste organización-persona* (X=4,76; SD=1,26) y el de *adaptación persona-organización* (X=5,02; SD=1,17), en rangos de 1 a 7.

En cuanto al *Bienestar*, la media más elevada fue la de *competencias* (X=5,32; SD=1,20) y la más baja la de *afectos* (X=4,86; SD= 1,17).

En cuanto al factor de *efectos colaterales*, destaca relativamente la elevada puntuación en la escala de *desgaste* (X=4,61; SD=1,37). En las de *alienación* la media es de 3,14 (SD=1,28) y en la de *somatización* de 2,74 (SD= 1,42), todas ellas en rangos de 1 a 7, donde 1 equivale a mínima presencia de síntomas y 7 máxima intensidad de los mismos. En todo caso, cualquier puntuación superior a 1 indica algo que podría funcionar mejor. **En la escala de *desgaste*, la media está más cerca del punto máximo que del mínimo.**

-Las medias de las escalas de cultura de “*servicio*” y cultura de “*negocio*”, son muy similares, para la primera la media es de 6,21 (SD=1,82) y para la segunda es 6,28 (SD=1,75). Esto quiere decir que **en el grupo de profesionales de la medicina encuestados las dos culturas coexisten más o menos conflictivamente en su práctica profesional.**

-Con relación a la carga percibida de trabajo, **el grupo que declara que le “*falta tiempo*” para realizar su trabajo es mayoría en la muestra con un 65,7%**; mientras el grupo que sostiene que “*no le falta*” constituye un 27,7% y los que creen que *depende* un 6,6%.

5.2.2. Datos comparativos según variables

En esta sección se exponen los resultados de la comparación de medias por variables censales, en los que los datos de significación de las diferencias son complementados con los referentes a la *d de Cohen*, para encontrar el tamaño de efecto. Para su interpretación utilizaremos la regla sugerida por el mismo Cohen (1988), según la cual tamaños de efecto $r=.10$ ($d=.20$) son considerados *pequeños*, tamaños de efecto $r=.30$ ($d=.50$) serían *medios* y tamaños de efecto $r=.50$ ($d=.80$) son considerados *grandes*. Del conjunto de las variables censales, aparecen diferencias significativas principalmente en cuanto a sexo-género y país

Sexo

En los resultados expuestos en la Tabla N° 16, aparecen diferencias significativas ($P=0,026$) entre los hombres y las mujeres de la muestra, en lo referido a la escala de *ajuste organización-persona*, donde los hombres presentan una media de 4,91 y las mujeres de 4,57, con un tamaño del efecto $r=.137$ ($d=.28$). De la misma forma, se encontraron diferencias significativas ($P=0,001$) en cuanto a *Bienestar General*, específicamente en la escala de *somatización*, en la cual los hombres presentan medias de 2,43 y las mujeres de 3,10. Se encontró un tamaño del efecto moderado en el factor de *efectos colaterales- somatización*, $r=.235$ ($d=.28$)

Tabla N° 16. Comparación de medias en puntajes de escalas por Sexo.

Escalas y sub-escalas	Valores	Muestra total			Hombre			Mujer			Dif.	Sig.	SD	d Cohen	r
		M	D.S.	n	M	D.S.	n	M	D.S.	n					
qCT <i>Puntaje general</i>	0-10	6,36	1,33	135	6,46	1,33	108	6,24	1,32	108	0,22	,210	1,32	0,16	,081
<i>Organización y método...</i>	"	5,86	1,63	145	5,88	1,64	119	5,83	1,62	119	0,05	,806	1,63	0,03	,015
<i>...regulación</i>	"	5,99	1,66	149	5,95	1,62	123	6,03	1,72	123	-0,08	,695	1,66	-0,05	-,024
<i>...desarrollo</i>	"	5,73	1,83	146	5,82	1,90	120	5,61	1,76	120	0,21	,361	1,83	0,11	,056
<i>Organización y entorno...</i>	"	6,71	1,37	148	6,77	1,39	122	6,63	1,34	122	0,13	,424	1,36	0,10	,049
<i>...material</i>	"	6,28	1,68	149	6,37	1,65	123	6,21	1,70	123	0,17	,413	1,67	0,10	,050
<i>...social</i>	"	7,12	1,48	149	7,16	1,53	123	7,08	1,43	123	0,08	,657	1,48	0,05	,027
<i>Organización y persona...</i>	1-7	4,90	1,08	140	5,02	1,02	115	4,76	1,14	115	0,27	,051	1,07	0,25	,123
<i>...ajuste org. - persona</i>	"	4,76	1,26	146	4,91	1,23	120	4,57	1,28	120	0,35	,026	1,25	0,28	,137
<i>...adaptación persona - org.</i>	"	5,02	1,17	145	5,06	1,16	120	4,97	1,17	120	0,10	,500	1,16	0,08	,042
Cultura de servicio	0-10	6,21	1,82	147	6,24	1,91	121	6,18	1,71	121	0,06	,803	1,82	0,03	,015
Cultura de negocio	"	6,28	1,75	149	6,15	1,74	120	6,44	1,76	120	-0,29	,176	1,74	-0,17	-,083
qBLG <i>Puntaje general</i>	1-7	4,81	0,89	88	4,90	0,80	81	4,71	0,96	81	0,19	,164	0,88	0,22	,108
<i>Factor de bienestar psicosocial...</i>	"	5,13	0,97	90	5,18	0,92	83	5,08	1,02	83	0,10	,507	0,96	0,10	,051
<i>...expectativas</i>	"	5,08	0,93	96	5,17	0,87	86	4,97	0,99	86	0,20	,149	0,93	0,22	,108
<i>...afectos</i>	"	4,86	1,17	150	4,89	1,12	122	4,81	1,24	122	0,08	,575	1,17	0,07	,034
<i>...competencias</i>	"	5,32	1,20	144	5,28	1,24	123	5,37	1,14	123	-0,09	,536	1,19	-0,08	-,038
<i>Factor de efectos colaterales...</i>	"	3,50	1,11	97	3,38	1,07	86	3,64	1,15	86	-0,26	,113	1,10	-0,24	-,118
<i>...alienación</i>	"	3,14	1,28	100	3,16	1,34	88	3,13	1,23	88	0,02	,897	1,28	0,02	,009
<i>...desgaste</i>	"	4,61	1,37	101	4,58	1,38	88	4,64	1,39	88	-0,06	,774	1,37	-0,04	-,021
<i>...somatización</i>	"	2,74	1,42	98	2,43	1,36	86	3,10	1,42	86	-0,67	,001	1,38	-0,48	-,235

Edad

En los resultados de comparación de medias por la variable Edad, sólo se encontraron diferencias próximas a la significación ($P=0,053$) en la escala de Bienestar, dentro de la escala de *Expectativas*, entre los menores de 43 años que presentaron medias de 4,95 y los mayores de 43 años que presentaron medias de 5,22. Los tamaños de efecto que se encontraron son considerados pequeños $r=.145$ ($d=.29$). Es lo que aparece en la Tabla N° 17.

Tabla N° 17. Comparación de medias en puntajes de escalas por Edad.

Escalas y sub-escalas	Valores	Muestra total			>= 43 años			< 43 años			Dif.	Sig.	SD	d Cohen	r
		M	D.S.	n	M	D.S.	n	M	D.S.	n					
qCT <i>Puntaje general</i>	0 - 10	6,36	1,33	119	6,33	1,34	123	6,40	1,31	123	-0,07	,677	1,32	-0,05	-,027
<i>Organización y método...</i>	"	5,86	1,63	132	5,94	1,62	129	5,80	1,65	129	0,14	,491	1,63	0,09	,043
<i>...regulación</i>	"	5,99	1,66	136	6,12	1,56	133	5,88	1,78	133	0,25	,224	1,66	0,15	,074
<i>...desarrollo</i>	"	5,73	1,83	133	5,73	1,89	130	5,73	1,80	130	0,01	,982	1,84	0,00	,001
<i>Organización y entorno...</i>	"	6,71	1,37	135	6,56	1,45	133	6,86	1,28	133	-0,30	,069	1,36	-0,22	-,111
<i>...material</i>	"	6,28	1,68	136	6,13	1,73	134	6,49	1,59	134	-0,37	,071	1,66	-0,22	-,110
<i>...social</i>	"	7,12	1,48	136	7,01	1,59	133	7,24	1,37	133	-0,24	,193	1,48	-0,16	-,080
<i>Organización y persona...</i>	1 - 7	4,90	1,08	126	4,85	1,09	127	4,96	1,08	127	-0,11	,429	1,08	-0,10	-,050
<i>...ajuste org. - persona</i>	"	4,76	1,26	134	4,72	1,30	129	4,79	1,21	129	-0,07	,649	1,25	-0,06	-,028
<i>...adaptación persona - org.</i>	"	5,02	1,17	130	4,90	1,16	133	5,15	1,17	133	-0,26	,075	1,16	-0,22	-,110
Cultura de servicio	0 - 10	6,21	1,82	134	6,24	1,78	131	6,19	1,83	131	0,05	,836	1,80	0,03	,013
Cultura de negocio	"	6,28	1,75	133	6,25	1,66	133	6,30	1,84	133	-0,05	,807	1,75	-0,03	-,015
qBLG <i>Puntaje general</i>	1 - 7	4,81	0,89	85	4,78	0,87	82	4,86	0,91	82	-0,08	,559	0,88	-0,09	-,046
<i>Factor de bienestar psicosocial...</i>	"	5,13	0,97	86	5,04	0,93	85	5,26	0,98	85	-0,22	,139	0,95	-0,23	-,114
<i>...expectativas</i>	"	5,08	0,93	91	4,95	0,87	89	5,22	0,97	89	-0,27	,053	0,91	-0,29	-,145
<i>...afectos</i>	"	4,86	1,17	136	4,76	1,20	133	4,98	1,12	133	-0,23	,110	1,15	-0,20	-,098
<i>...competencias</i>	"	5,32	1,20	132	5,25	1,15	132	5,43	1,18	132	-0,18	,207	1,16	-0,16	-,078
<i>Factor de efectos colaterales...</i>	"	3,50	1,11	95	3,51	1,13	85	3,51	1,09	85	0,00	,996	1,11	0,00	,000
<i>...alienación</i>	"	3,14	1,28	96	3,18	1,27	89	3,11	1,29	89	0,07	,720	1,27	0,05	,027
<i>...desgaste</i>	"	4,61	1,37	96	4,60	1,43	90	4,63	1,31	90	-0,03	,896	1,37	-0,02	-,010
<i>...somatización</i>	"	2,74	1,42	95	2,76	1,43	86	2,76	1,44	86	0,00	,990	1,43	0,00	-,001

País

Como aparece en la Tabla N° 18, se detectaron diferencias significativas ($P=0,020$) en la escala de *Desarrollo*, donde los países de América Latina puntúan con medias de 5,99 y España de 5,46. Dentro de la misma escala de Condiciones de Trabajo, pero en el Factor de *Organización y persona*, se presentaron diferencias significativas ($P=0,000$) de medias entre el grupo de países de América Latina ($X=5,14$) y España ($X=4,64$).

En la misma línea se manifiestan diferencias significativas ($P=0,000$) en la escala de *ajuste organización-persona* en la cual los países de América Latina presentan una media de 5,05 y España una de 4,44. Y también en la escala de *adaptación persona-organización* ($P=0,001$), la media de los países de América Latina ($X=5,24$) es superior a la de España ($X=4,77$).

En la escala de *cultura de negocio* se detectaron diferencias significativas ($P=0,019$) entre el grupo de países de América Latina ($X=6,03$) y España ($X= 6,53$). El tamaño del efecto que se encontró fue $r=.143$ ($d=.29$).

En cuanto al factor *Bienestar psicosocial*, se apreciaron diferencias significativas ($P=0,009$) entre las medias de los países de América Latina ($X=5,29$) y de España ($X=4,90$). En esa misma línea se hallaron diferencias significativas ($P=0,001$) en la escala de *Expectativas*, entre las medias de los países de América Latina ($X=5,27$) y la de España ($X=4,81$).

Entre los tamaños del efecto en las diferencias de medias destacan los siguientes: escala de *ajuste organización-persona* $r=.243$ ($d=.50$); escala de *adaptación persona-organización* $r=.203$ ($d=.41$); y factor de *bienestar psicosocial* $r=.245$ ($d=.51$).

Tabla N° 18. Comparación de medias en puntajes de escalas por países.

Escalas y sub-escalas	Valores	Muestra total			Países AL			España		Dif.	Sig.	SD	d Cohen	r
		M	D.S.	n	M	D.S.	n	M	D.S.					
qCT <i>Puntaje general</i>	0-10	6,36	1,33	123	6,52	1,46	120	6,19	1,15	0,33	,054	1,31	0,25	,124
<i>Organización y método...</i>	"	5,86	1,63	132	6,05	1,76	132	5,67	1,47	0,39	,054	1,61	0,24	,119
<i>...regulación</i>	"	5,99	1,66	138	6,10	1,78	134	5,87	1,54	0,23	,254	1,66	0,14	,069
<i>...desarrollo</i>	"	5,73	1,83	135	5,99	1,93	132	5,46	1,69	0,52	,020	1,81	0,29	,143
<i>Organización y entorno...</i>	"	6,71	1,37	136	6,73	1,53	134	6,68	1,19	0,06	,736	1,36	0,04	,021
<i>...material</i>	"	6,28	1,68	139	6,28	1,78	134	6,29	1,57	-0,02	,923	1,68	-0,01	-,006
<i>...social</i>	"	7,12	1,48	138	7,18	1,68	134	7,06	1,25	0,12	,501	1,48	0,08	,041
<i>Organización y persona...</i>	1-7	4,90	1,08	133	5,14	1,10	122	4,64	1,00	0,50	,000	1,05	0,48	,233
<i>...ajuste org. - persona</i>	"	4,76	1,26	136	5,05	1,24	130	4,44	1,21	0,61	,000	1,22	0,50	,243
<i>...adaptación persona - org.</i>	"	5,02	1,17	139	5,24	1,24	126	4,77	1,03	0,47	,001	1,14	0,41	,203
Cultura de servicio	0-10	6,21	1,82	135	6,38	1,88	133	6,05	1,75	0,33	,135	1,81	0,18	,092
Cultura de negocio	"	6,28	1,75	136	6,03	1,99	133	6,53	1,42	-0,50	,019	1,73	-0,29	-,143
qBLG <i>Puntaje general</i>	1-7	4,81	0,89	98	4,91	0,92	71	4,67	0,83	0,24	,086	0,88	0,27	,134
<i>Factor de bienestar psicosocial...</i>	"	5,13	0,97	101	5,29	1,04	72	4,90	0,80	0,39	,009	0,94	0,41	,201
<i>...expectativas</i>	"	5,08	0,93	106	5,27	0,97	76	4,81	0,81	0,46	,001	0,90	0,51	,245
<i>...afectos</i>	"	4,86	1,17	141	4,92	1,29	132	4,78	1,03	0,14	,321	1,17	0,12	,060
<i>...competencias</i>	"	5,32	1,20	138	5,41	1,31	129	5,22	1,05	0,19	,199	1,19	0,16	,079
<i>Factor de efectos colaterales...</i>	"	3,50	1,11	107	3,46	1,13	76	3,56	1,10	-0,10	,547	1,11	-0,09	-,045
<i>...alienación</i>	"	3,14	1,28	112	3,14	1,32	77	3,15	1,23	-0,01	,958	1,28	-0,01	-,004
<i>...desgaste</i>	"	4,61	1,37	113	4,62	1,36	77	4,59	1,40	0,03	,901	1,37	0,02	,009
<i>...somatización</i>	"	2,74	1,42	108	2,61	1,43	76	2,93	1,41	-0,32	,131	1,41	-0,23	-,113

Responsabilidades directivas

En los resultados de comparación de medias por responsabilidades directivas, se detectaron diferencias significativas ($P=0,034$) en el *cuestionario general de Condiciones de trabajo*, entre las medias de los que tienen o tuvieron responsabilidades directivas ($X=6,63$) y las de aquellos sin responsabilidades ($X=6,23$).

Asimismo, en el *factor de organización y método* se hallaron diferencias significativas ($P=0,001$) entre las medias de aquellos que con responsabilidades directivas ($X=6,35$) y el grupo de los que no tienen responsabilidades directivas ($X=5,62$).

En esa línea en la *escala de regulación* se detectaron diferencias significativas ($P=0,026$) entre aquellos con responsabilidades directivas ($X=6,32$) y aquellos sin responsabilidades ($X=5,82$). También en la *escala de desarrollo* se ubicaron diferencias significativas ($P=0,000$) entre las medias de los que poseen responsabilidades directivas ($X=6,36$) y los que no tenían funciones directivas ($X=5,43$). Así mismo en la *escala de ajuste organización-persona* se ubicaron diferencias significativas ($P=0,002$) entre las medias de los que manejan funciones directivas ($X=5,11$) y las de los que no las tienen ($X=4,59$).

Se detectaron también diferencias significativas ($P=0,016$) en la *escala de cultura de servicio*, ya que la media de los que tiene responsabilidades directivas está en 6,61 y la de quienes no las tienen en 6,02. Se encontraron tamaños del efecto medios en varias diferencias, fue el caso de la diferencias de medias de *desarrollo* $r=.254$ ($d=.52$) y *ajuste organización-persona* $r=.205$ ($d=.42$). Las diferencias de medias por responsabilidades directivas se pueden observar en la Tabla N° 19.

Tabla N° 19. Comparación de medias en puntajes de escalas por responsabilidades directivas.

Escalas y sub-escalas	Valores	Muestra total			No			Sí			Dif.	Sig.	SD	d Cohen	r
		M	D.S.	n	M	D.S.	n	M	D.S.	n					
qCT <i>Puntaje general</i>	0 - 10	6,36	1,33	171	6,23	1,32	70	6,63	1,28	-0,39	,034	1,30	-0,30	-,150	
<i>Organización y método...</i>	"	5,86	1,63	184	5,62	1,60	77	6,35	1,55	-0,72	,001	1,58	-0,46	-,223	
<i>...regulación</i>	"	5,99	1,66	190	5,82	1,69	79	6,32	1,54	-0,49	,026	1,64	-0,30	-,148	
<i>...desarrollo</i>	"	5,73	1,83	186	5,43	1,79	78	6,36	1,76	-0,93	,000	1,77	-0,52	-,254	
<i>Organización y entorno...</i>	"	6,71	1,37	190	6,65	1,36	77	6,80	1,37	-0,16	,397	1,36	-0,12	-,057	
<i>...material</i>	"	6,28	1,68	192	6,21	1,66	78	6,42	1,70	-0,21	,361	1,67	-0,12	-,062	
<i>...social</i>	"	7,12	1,48	190	7,07	1,50	79	7,20	1,44	-0,12	,538	1,48	-0,08	-,041	
<i>Organización y persona...</i>	1 - 7	4,90	1,08	177	4,82	1,09	76	5,05	1,06	-0,23	,121	1,07	-0,21	-,107	
<i>...ajuste org. - persona</i>	"	4,76	1,26	185	4,59	1,29	79	5,11	1,12	-0,52	,002	1,24	-0,42	-,205	
<i>...adaptación persona - org.</i>	"	5,02	1,17	184	5,00	1,18	78	5,01	1,14	-0,01	,951	1,16	-0,01	-,004	
Cultura de servicio	0 - 10	6,21	1,82	187	6,02	1,83	78	6,61	1,72	-0,59	,016	1,79	-0,33	-,162	
Cultura de negocio	"	6,28	1,75	189	6,27	1,80	77	6,24	1,61	0,03	,912	1,74	0,02	,008	
qBLG <i>Puntaje general</i>	1 - 7	4,81	0,89	117	4,80	0,91	49	4,78	0,84	0,02	,874	0,88	0,03	,014	
<i>Factor de bienestar psicosocial...</i>	"	5,13	0,97	120	5,09	0,95	50	5,15	1,01	-0,06	,702	0,96	-0,06	-,032	
<i>...expectativas</i>	"	5,08	0,93	126	5,00	0,95	53	5,20	0,86	-0,20	,189	0,92	-0,22	-,108	
<i>...afectos</i>	"	4,86	1,17	190	4,85	1,12	80	4,82	1,29	0,03	,859	1,17	0,02	,012	
<i>...competencias</i>	"	5,32	1,20	186	5,31	1,15	78	5,29	1,32	0,02	,908	1,19	0,02	,008	
<i>Factor de efectos colaterales...</i>	"	3,50	1,11	125	3,47	1,11	55	3,60	1,14	-0,13	,471	1,11	-0,12	-,059	
<i>...alienación</i>	"	3,14	1,28	130	3,13	1,29	56	3,18	1,27	-0,05	,792	1,28	-0,04	-,021	
<i>...desgaste</i>	"	4,61	1,37	131	4,50	1,38	56	4,85	1,36	-0,35	,110	1,37	-0,26	-,128	
<i>...somatización</i>	"	2,74	1,42	126	2,75	1,41	55	2,77	1,48	-0,02	,942	1,42	-0,01	-,006	

Carga percibida de trabajo (variable construida)

En los resultados de comparación de medias por *carga percibida de trabajo*, se detectaron diferencias altamente significativas entre quienes dicen que les *falta tiempo* para hacer su trabajo y aquellos que declaran que *no les falta*. Estas diferencias aparecen como muy importantes en lo que se refiere al conjunto del cuestionario de *bienestar laboral general* y, obviamente en algunos de sus factores y escalas.

En lo concerniente a las diferencias en la puntuación media del conjunto del cuestionario, las diferencias entre las medias de quienes dicen que les *falta tiempo* ($X=4,68$) para hacer su trabajo y las de aquellos que declaran que *no les falta* ($X=5,09$) son significativas ($P=0,009$).

En cuanto a uno de los dos factores que componen este cuestionario, el de *efectos colaterales* quienes dicen que les *falta tiempo* ($X=3,74$) para hacer su trabajo y las de aquellos que declaran que *no les falta* ($X=3,04$) son significativas ($P=0,000$).

En las tres escalas que componen este factor aparecen también notables diferencias al respecto: en la *escala de desgaste* hubo diferencias significativas ($P=0,000$) entre aquellos a quienes les falta tiempo ($X=4,92$) y aquellos a quienes no les falta ($X=3,97$). También en la *escala de somatización* hubo diferencias ($P=0,004$) entre aquellos a quienes les falta ($X=2,96$) y aquellos a quienes no les falta ($X=2,26$). Algo similar se observó en la *escala alienación*, donde se encontraron diferencias significativas ($P=0,042$) entre aquellos a quienes les falta tiempos (3,31) y los que dicen que no les falta (2,87).

También aparecen diferencias significativas ($P=0,001$) en lo concerniente a la escala de *regulación* entre las medias de los que dicen que les *falta tiempo* ($X=5,64$) y aquellos que dicen que *no les falta* ($X=6,45$). En cuanto a la escala de *ajuste organización persona*, se detectaron también diferencias significativas ($P=0,015$) entre los que dicen que les falta tiempo ($X=4,61$) y los que dicen que no les falta ($X=5,08$).

Se encontraron tamaños del efecto medio-altos en varias de las diferencias observadas: en las medias de *regulación* $r=.240$ ($d=.49$), de *afectos* $r=.157$ ($d=.32$); de *desgaste* $r=.341$ ($d=.73$) y de *somatización* $r=.243$ ($d=.50$). Las diferencias de medias en los puntajes de la carga percibida de trabajo se observan en la Tabla N° 20.

Tabla N° 20. Comparación de medias en puntajes de escalas por carga de trabajo percibida (falta o no falta tiempo)

Escalas y sub-escalas	Valores	Muestra total			Falta			No falta		Dif.	Sig.	SD	d Cohen	r
		M	D.S.	n	M	D.S.	n	M	D.S.					
qCT <i>Puntaje general</i>	0 - 10	6,36	1,33	137	6,28	1,36	60	6,43	1,47	-0,16	,472	1,39	-0,11	-,056
<i>Organización y método...</i>	"	5,86	1,63	149	5,61	1,63	65	6,12	1,69	-0,51	,039	1,64	-0,31	-,154
<i>...regulación</i>	"	5,99	1,66	155	5,64	1,67	66	6,45	1,64	-0,82	,001	1,66	-0,49	-,240
<i>...desarrollo</i>	"	5,73	1,83	152	5,59	1,77	65	5,79	2,05	-0,20	,465	1,85	-0,11	-,054
<i>Organización y entorno...</i>	"	6,71	1,37	156	6,75	1,33	64	6,50	1,62	0,25	,243	1,41	0,17	,087
<i>...material</i>	"	6,28	1,68	158	6,32	1,66	64	5,98	1,85	0,34	,179	1,71	0,20	,100
<i>...social</i>	"	7,12	1,48	156	7,17	1,47	66	7,04	1,69	0,13	,569	1,53	0,08	,042
<i>Organización y persona...</i>	1 - 7	4,90	1,08	144	4,83	1,10	63	5,08	1,09	-0,25	,129	1,09	-0,23	-,115
<i>...ajuste org. - persona</i>	"	4,76	1,26	152	4,61	1,30	65	5,08	1,24	-0,47	,015	1,28	-0,37	-,180
<i>...adaptación persona - org.</i>	"	5,02	1,17	149	5,02	1,14	64	5,10	1,18	-0,08	,626	1,15	-0,07	-,037
Cultura de servicio	0 - 10	6,21	1,82	153	6,08	1,81	65	6,35	1,94	-0,27	,332	1,84	-0,14	-,072
Cultura de negocio	"	6,28	1,75	154	6,24	1,68	65	6,13	2,11	0,11	,695	1,81	0,06	,029
qBLG <i>Puntaje general</i>	1 - 7	4,81	0,89	96	4,68	0,91	47	5,09	0,79	-0,41	,009	0,87	-0,47	-,230
<i>Factor de bienestar psicosocial...</i>	"	5,13	0,97	98	5,12	0,95	49	5,25	0,99	-0,14	,418	0,96	-0,14	-,071
<i>...expectativas</i>	"	5,08	0,93	105	5,06	0,94	51	5,17	0,90	-0,11	,500	0,92	-0,12	-,058
<i>...afectos</i>	"	4,86	1,17	154	4,78	1,13	66	5,15	1,20	-0,36	,032	1,14	-0,32	-,157
<i>...competencias</i>	"	5,32	1,20	152	5,37	1,14	64	5,39	1,28	-0,01	,939	1,18	-0,01	-,006
<i>Factor de efectos colaterales...</i>	"	3,50	1,11	107	3,74	1,11	50	3,04	1,01	0,70	,000	1,08	0,65	,310
<i>...alienación</i>	"	3,14	1,28	111	3,31	1,33	52	2,87	1,18	0,44	,042	1,28	0,35	,171
<i>...desgaste</i>	"	4,61	1,37	112	4,92	1,31	52	3,97	1,36	0,96	,000	1,32	0,73	,341
<i>...somatización</i>	"	2,74	1,42	108	2,96	1,48	50	2,26	1,24	0,70	,004	1,40	0,50	,243

5.3- Significado del Trabajo Médico

5.3.1. Análisis de contenido

A partir del análisis de contenido de las respuestas textuales a preguntas abiertas del cuestionario, se clasificó el material obtenido en **6 categorías**:

1. Experiencia y Significado de trabajar
2. Crisis del Profesionalismo médico
3. Dilema Lucro-Altruismo
4. Nostalgia por la medicina humanista del pasado
5. Riesgos Psicosociales.
6. Contexto de cambios sociales

1- Experiencia y Significado de trabajar

En el análisis de contenido realizado en la base de datos de los profesionales de la medicina latinoamericana, su trayectoria parece accidentada, como las balas perdidas reportadas diariamente por la prensa venezolana en los cerros o zonas más empobrecidas de la capital. Profesionales de Colombia, Brasil o Venezuela dicen que el trabajo pasa por “sobrevivir” a las condiciones laborales, se vuelve “sumisión” cuando un profesional de la medicina de 25 años de edad dice que la medicina es solo “*cumplir las normas*”, resignación cuando otros plantean que el médico “sobrevive” y huele a esperanza cuando dicen que el ser médico hoy es “*la lucha contra adversidad.*”

En la faceta negativa del significado, ante las deficiencias o el deterioro percibidos en aspectos relacionados con las condiciones materiales o sociales de trabajo, salen a relucir múltiples expresiones de impotencia (“no tener...”, “no poder...”, “no poder ser...”) así como de frustración, desesperanza:

- “*No poder desempeñar el acto médico como quisiera*” (Médica venezolana)
- “*Siempre soñé con trabajar solo en el hospital, dedicarme solamente a los pacientes de este sistema y no tener que trabajar en el extra sistema para tener que ganar más*” (Médico chileno)
- “*La atención humanizada, de esa no hay, en las personas es donde menos se invierte y a las que más obstáculos se les ponen (...). Estoy tratando de que se trabaje por los derechos de los pacientes y es una cosa que no se ha podido lograr...*” (Médica colombiana)

- *“Falta de respeto con la figura del médico... ausencia de relaciones con el equipo de trabajo... desencanto profesional con el área intrahospitalaria de atención al paciente”* (Médica brasilera)
- *“Me obligan a veces a hacer cosas que no debería hacer como profesional”* (Médica chilena)
- *“A veces siento que el objetivo es la producción en serie de consultas y olvidan que trabajamos con personas”* (Médica chilena).

No obstante, la dimensión del análisis de *“lo peor”* de la experiencia laboral, no sólo se refiere a la dimensión intrínseca, individualista, en el caso de países como Venezuela o Colombia, en la descripción cualitativa de los factores negativos emergen aspectos sociales en torno a las condiciones físicas, administrativas, remunerativas, y técnicas de los centros de salud donde trabajan. En la descripción de lo más negativo de la experiencia surgen referencias a factores como:

Infraestructura y equipos:

- *“no tener insumos para trabajar una emergencia...”* (Médica venezolana)
- *“en el equipamiento que tiene el hospital seguimos utilizando instrumental todavía de hace 20 años o más, no ha habido mejoría en la calidad del equipo de instrumental ni hemos tenido avances tecnológicos en nuestra especialidad porque el hospital no lo ha suministrado”* (Médico colombiano)

Pago insuficiente

- *“lo peor es la poca remuneración y reconocimiento por la labor realizada”* (Médica venezolana)
- *“buscar alternativas de ingresos económicos que me permitan trabajar como médico sin depender, otras fuentes...”* (Médico colombiano)

Inseguridad laboral

“...volver al sistema antiguo que era un sistema más humano, porque en estos momentos si Ud. No trabaja no le pagan, si Ud., se enfermó y no asistió al turno ese turno no se lo pagan....las condiciones laborales son pésimas.”(Médico colombiano)

- “...inseguridad, mala paga, no se tiene mucha vida social...yo les digo que no estudien medicina, son muchos años para lo mal pagado” (Médica venezolana)
- “...que la gente también pueda saber si es un trabajo transitorio, que sepa que va a contar con un trabajo de seis meses o un año, pero no esta inestabilidad, que un mes trabaja y quién sabe si el otro mes los van a volver a contratar, si les van a pagar o no. Entonces es lo mínimo que uno puede pensar frente a esto. Que haya dentro de esta informalidad, una estabilidad...unos mínimos básicos...” (Médico colombiano)
- “La fuga de cerebros: “irracionalidad de las autoridades en el pago y dotación de hospitales, lo que está ocurriendo en Venezuela... los médicos trabajan en clínicas (privadas) y si no consiguen se van fuera del país.” (Médico venezolano)

A este panorama también se agrega la complejidad de las **influencias políticas**:

- “la situación de tensión política...” (Médica venezolana)
- “el contrato des-cualificado, infelizmente político...”
(Médico brasileño)
- “...de pronto la cantidad de contratos de personas que se ven que no están capacitadas...solamente por recomendaciones políticas, eso sí se nota, se encuentra mucha gente no por mérito sino por el tarjetazo político de turno...” (Médico colombiano)
- “El gobierno quiere desmejorar a los profesionales y establecer sistemas paralelos, pero la federación de médicos se ha mantenido a pesar del gobierno...” (Médico venezolano)

En cuanto a “**lo mejor**” de la experiencia, los encuestados mencionan en la descripción de su vivencia, elementos intrínsecos y factores de la experiencia personal más que aspectos sociales o públicos del ser profesional de la medicina. Frente a la crisis en el sistema de salud, los encuestados parece que buscan refugio en el sentimiento de realización y motivación que produce el trabajo individualizado:

- “Desarrollar mi trabajo con sinceridad, respeto y profesionalismo...” (Médica brasileña)
- “Mantenerse en el ejercicio profesional” (Médica venezolana)
- “Trabajar con profesionalismo...” (Médico brasileño)

- *“Yo...tomármelo con buen humor, tengo que adaptarme a lo que hay...”* (Médica española)
- *“Es un proceso continuo de transformación profesional que sin duda afectará a la identidad, pero lo considero positivo...”* (Médico brasileño)
- *“Demostrar que las necesidades de las personas no son caprichos; diligenciando el cumplimiento de la ley 100 lo cual abarca integridad y cobertura.”* (Médico colombiano)
- *“la satisfacción por la labor realizada”* (Médica venezolana)

Otros más pesimistas o tal vez realistas dicen que no hay nada o casi nada positivo:

- *“nada...no depende de mí”* (Médico español)
- *“Muy poco... resulta difícil mantener una actitud positiva”*(Médica española)
- *“Nada...”* (Médica española)
- *“Quiero responder a mis pacientes de manera satisfactoria, pero creo que esto no es nada frente a tantos problemas y dificultades...”* (Médica brasileña).

2-Crisis del profesionalismo médico

Se observa que los encuestados se cuestionan como manejarse profesionalmente ante la situación de deterioro social y de salud con la que se enfrentan todos los días en los centros de salud en los cuales laboran, en sus propias opiniones *la crisis del profesionalismo*, que se describe en términos de impotencia, de disyuntivas y frustraciones.

Los dilemas del profesionalismo se debaten entre el tiempo dedicado a los pacientes, la falta de recursos, la autonomía, los valores y la ética, las exigencias de los contratos, se expresa en frases como:

- *"Genera tensiones porque desde arriba se pretende solucionar el colapso de las salas de espera atendiendo rápido a los pacientes poco urgentes. Y nosotros nos sentimos muy presionados y, a veces, poco valorados con la realización de nuestro trabajo."* (Médica española)
- *“todo tiene su parte buena y su parte mala, a la hora de laborar, satisfacción e impotencia por la falta de recursos...”* (Médica venezolana)
- *“Algún profesional ve dificultada su carrera profesional si discrepa con la dirección.”* (Médico español)

- ***“A veces interfieren con mis valores éticos ya que no se puede brindar siempre lo adecuado a quien lo necesita por existir baja accesibilidad a recursos.”***(Médica colombiana)
- ***"En cierta manera se impide actuar con total libertad, hay cierta coacción en el sentido que la productividad y la reducción de costes deben primar por encima de todo."*** (Médico español)
- ***“...si me baso solo en mi ética, te lo aseguro, no estaría trabajando, sino desempeñándome en otra cosa que no fuera mi bella labor de médico.”*** (Médico colombiano)
- ***“...generalmente el factor tiempo me afecta mucho, yo requiero escuchar al paciente para hacerlo sentir acogido y para un mejor diagnóstico, el tiempo asignado por paciente siempre es insuficiente.”***(Médica chilena)
- ***“A veces, se producen conflictos en torno a cuestiones relevantes para el trabajo médico, como por ejemplo, la disponibilidad de determinados recursos, y el tiempo de dedicación a los pacientes. En ocasiones entra en contradicción la información de la que debemos disponer para realizar un buen diagnóstico con el tiempo que tenemos para ello.”*** (Médica colombiana)
- ***“...hay un conflicto entre el servicio para el que fui contratado y las necesidades sociales (carencias sociales y financieras)...”*** (Médico brasileño)
- ***"A veces me indigno un poco, ya que mis valores éticos me exigen dedicarme más a las personas y de manera distinta. Esto me crea un poco de tensión, ya que choca con mis valores morales..."*** (Médica española)

Las frustraciones ante la profesión y sus principios son descritas alrededor de testimonios como los siguientes:

- ***“el no poder contar con los recursos mínimos para ejercer”*** (Médico venezolano)
- ***“...a veces me siento cansada porque vamos deprisa no tenemos tiempo para nada y a nivel profesional pierdo tiempo de investigación que tengo que dedicarlo a las visitas”*** (Médica española)
- ***“se perdió la mística del trabajo y la esencia del ser médico”*** (Médica venezolana)
- ***"Falta de respeto con la figura del médico por el equipo, desorganización, ausencia de relaciones con el equipo de trabajo...."***(Médica brasilera)

- *“ausencia de especialistas médicos, que se debe al mal pago y la falta de insumos”* (Médico venezolano)
- *“Determinados usuarios no respetan a los profesionales...”* (Médico español)
- *“...que nunca debí estudiar medicina porque en todo el sistema laboral actual se está trabajando muy mal y somos muy mal pagados para el tiempo que se estudia”* (Médica venezolana)
- *“falta de respeto hacia el gremio por parte de los pacientes”*(Médica venezolana)
- *“el interés por la profesión se va perdiendo ...”*(Médico colombiano)

3- Dilema Lucro-Altruismo

La misión del profesional de la medicina es vivida por la mayoría de los encuestados en línea con los preceptos humanitarios de aliviar el sufrimiento o ayudar al prójimo, esa constante intemporal en los profesionales médicos, se presenta aquí con especiales llamadas de atención al rol humanitario y altruista. Así se nota cuando describen la medicina como una tarea que permanece vinculada al altruismo y la entrega al paciente, y describen su misión de diversas formas:

- *“Seguir motivándome con el hecho de que hay muchos enfermos que necesitan de nuestra ayuda y no tienen elección”* (Médica chilena)
- *“Esperanza de salvar vidas y aliviar el sufrimiento humano”* (Médico venezolano)
- *“Tener la disposición y proactividad para colaborar con los pacientes”* (Médica colombiana)
- *“Brindar el bien a la población”* (Médico venezolano)
- *“Seguir atendiendo bien a los pacientes y brindarles la oportunidad de ser escuchados”*(Médica colombiana)
- *“Ayudar a los seres humanos”* (Médica venezolana)

Entre los encuestados se distinguen dos conjuntos de discursos, los que, más allá de condenar el mercantilismo de los servicios de salud, justifican que el profesional de la medicina busque otras fuentes de ingresos para “sobrevivir“, generando el dinero que no les da el trabajo hospitalario y aquellos que critican la mercantilización de la salud, en términos del costo de los servicios prestados por algunas clínicas o seguros.

En el primer grupo se encuentran aquellos que plantean que los servicios privados no son tan *condenables* en la medida que *compensan un mal sueldo* y en ocasiones son una oportunidad de “mejora” en las condiciones de vida del profesional de la medicina, al representarles mayores ingresos económicos, porque las fuentes de trabajo privadas les permiten compensar los sueldos paupérrimos o la ausencia de beneficios en su propio trabajo. A la pregunta de si existe una mercantilización de la profesión médica responden:

- ***“Es una solución, ya que la parte privada viene a mejorar el ingreso económico que no se consigue en la parte pública, claro está a expensas de mayor cantidad de horas de trabajo”***

(Médica venezolana)

- ***“...no del todo, sólo que el médico no es suficientemente remunerado en el sector público”*** (Médico venezolano)

También se encuentran los que tienen una visión más mercantil que humanista

- ***“...tengo mayor compromiso con la institución aunque menor con el paciente. Busco mayor ingreso, menores quejas, mejor planta ...”*** (Médica colombiana)

El segundo grupo que critica la mercantilización, se expresa en los términos siguientes

- ***“Al ser una entidad mixta (privada-pública) el beneficio es uno de sus objetivos. Los profesionales sanitarios cobramos una parte variable (PDO) en objetivos que no siempre hacen referencia a la calidad asistencial, sino al gasto farmacéutico”*** (Médica española)
- ***“No tolero...que el dinero sea lo más importante según los directivos, por encima de la calidad del servicio”***(Médica española)
- ***“... la tendencia de la política del país a mantenerse y que continúe proliferando este tipo de entidades que, es decir, viven del lucro sobre la salud de las personas, el solo hecho que esa conciencia se mantenga afecta directamente y pone a dudar ¿todavía se puede trabajar pensando solo en el paciente?”*** (Médico colombiano)

- “*Entender que la salud es un servicio y no un negocio...*”(Médico chileno)

Se describe la mercantilización con diferentes expresiones:

- “*abuso*” (médico venezolano)
- “*fracaso profesional*”(Médica venezolana)
- “*...el Ministerio de Protección Social que se quiten ese manto de que el hospital tiene que ser rentable. Los hospitales públicos no tienen que ser rentables, son una institución para brindarle servicios a la comunidad y no un negocio ni mucho menos... Yo creo que una institución pública que dé ganancia está perdiendo la calidad humana...*” (Médico colombiano)
- “*Falta de humildad, exageración con respecto a los seguros...*” (Médico venezolano)

4- Nostalgia por la medicina humanista del pasado

En cuanto a las tendencias de cambio percibidas, se suele destacar un contraste entre las connotaciones positivas del ser médico *antes* y los rasgos de lo que significa serlo *ahora*. Del trabajo médico del ayer se subrayan atributos como *vocación, humanidad, dignidad, respeto, etc.* En contraste, del hoy saturado se destaca “*trabajo y más trabajo*”, “*trabajar sin parar y cumplir las normas.*”, “*cansancio*”, “*lucha contra la adversidad*”, “*supervivencia y vocación*”, “*esfuerzo no remunerado*”.

Para algunos de los encuestados la ética y el profesionalismo se riñen con los contextos a los que tienen que enfrentarse en la actualidad, para algunos profesionales, el ser profesional médico **antes** significaba:

- “*Trabajo digno*” (Médica venezolana)
- “*La confianza de trabajar sin presiones (por ejemplo demandas)*” (Médica chilena)
- “*El trato con las personas y el mayor tiempo para estar con el paciente*”(Médica española)
- “*Vocación, Humanidad*” (Médica venezolana)
- “*La preocupación por el paciente*” (Médica chilena)
- “*El humanismo, la confianza, la dedicación basada en el paciente*” (Médico español)

- *“Dedicación a los pacientes que necesitaban ayuda”* (Médico venezolano)
- *“Respeto hacia la profesión, profesionalidad”* (Médico español)
- *“Antes...la atención humanizada sí existía, la relación médico paciente era mucho más estrecha, se trataba a los pacientes como personas, porque había tiempo de saber quiénes eran...”* (Médico venezolano)
- *“La confianza y el trabajo desinteresado”* (Médica chilena)
- *“Respeto absoluto al personal de salud”* (Médica venezolana)

En contraste, para los galenos entrevistados el tiempo presente en el ejercicio de la medicina, es una combinación de factores donde se mezcla la precariedad en la dotación de los hospitales y los bajos sueldos con la añoranza de los viejos modelos, en términos de atención y dedicación a los pacientes, ejercer **la medicina ahora** es:

- *“Una lucha contra la adversidad”* (Médica venezolana)
- *“...antes socializábamos más con los compañeros, ahora no, solo trabajo. Cada vez es peor el ambiente laboral. Todos cambian de trabajo...”* (Médica colombiana)
- *“Aumento de la competencia, más exigente, la colegialidad menos... Los usuarios no confían en sus médicos”* (Médica brasileña)
- *“Supervivencia y vocación”* (Médica venezolana)
- *“Todos los trabajos se sustituyen con las maquinas y nuevas tecnologías ¡cuando funcionan!...”* (Médica española)
- *“La dedicación no es exclusiva al paciente por la situación de la falta de insumos”* (Médico venezolano)
- *“Antes me sentía mucho más orgullosa y feliz”* (Médica colombiana)
- *“La estructura y procedimientos administrativos y la implementación computacional despersonaliza”* (Médico chileno)
- *“Las coacciones a las que se nos somete, por parte de los familiares de algunos pacientes. La pérdida del respeto a la figura del médico. Que haya patologías de diferentes grados y que en algunos casos no se lleve a cabo el tratamiento por especialistas, por falta de recursos”* (Médico español)
- *“Lo contrario a la mística y el servicio: la mediocridad”* (Médica venezolana)
- *“Ahora los tiempos son muy cortos...entonces lo que uno conoce del paciente es un síntoma, no la persona. A eso se refiere la atención humanizada: que uno pueda conocer la persona, la familia y todo lo demás”* (Médica colombiana)

- “**Trabajar sin parar y cumplir las normas ...**” (Médica española)
- “**...he perdido la parte médica, humanización y servicio, por estar en la parte administrativa...**”(Médica colombiana)
- “**Tengo más pacientes, más sobrecarga laboral menos tiempo. Sensación de no poder hacer bien el trabajo**“ (Médica española)
- “**La falta de trato humano... ahora la restricción en el tiempo de atención al paciente no permite darle un trato digno, sino que trabajamos como máquinas pendientes del reloj**” (Médico colombiano)

Al preguntar a los profesionales de la medicina que **ha cambiado**, se despliega un repertorio de tópicos referidos a despersonalización, deshumanización, pérdida de la confianza y crisis de vocación:

- “**La calidez con el paciente, el trato humano y comprensivo, también la autonomía en las decisiones, ya que estamos sujetos a lo que le conviene al sistema**” (Médico colombiano)
- “**Cada vez hay menos médicos formados interesados en trabajar en el servicio público**” (Médica chilena)
- “**La pérdida de un buen personal por el desánimo, la falta de estimulación**” (Médico brasileño)
- “**La humanidad, es sentido humano, la calidez en la atención.**” (Médica colombiana)
- “**la dedicación, ahora es no exclusiva al paciente...**” (Médico venezolano)
- “**la confianza en el acto médico, por parte de médicos y usuarios**” (Médico colombiano)
- “**...no hay respeto y hay sobrecarga de trabajo**”(Médica venezolana)
- “**...yo diría que la mística...**” (Médico colombiano)
- “**Básicamente, el amor por los pacientes y una dedicación vocacional. También se está perdiendo la solidaridad entre pares**” (Médica colombiana)
- “**...con el creciente número de colegas y el volumen de trabajo, hay una tendencia a la despersonalización**” (Médico brasileño)
- “**Se está perdiendo esa autonomía, pero mucho...se está perdiendo también, creo yo, el compromiso social que habíamos tenido...**” (Médica colombiana).

5- Riesgos Psicosociales.

La violencia. Los profesionales se refieren a su preocupación por la problemática o bien narran experiencias vividas con expresiones como estas:

- *“Hemos estado en casos en los cuales los pacientes vienen armados y tenemos que atenderlos mientras nos apuntan...”* (Médica venezolana)
- *“En las salas de espera, cuando algunos pacientes llevan mucho tiempo esperando, te agreden física o verbalmente”* (Médica española)
- *“...los momentos de violencia iniciados por pacientes hacia el personal sanitario”* (Médica española)
- **“los casos de inseguridad en los hospitales públicos, cada vez más frecuentes...”** (Médica venezolana)
- *“... la irritabilidad e intolerancia de algunos pacientes ”* (Médico español)
- *“...sacar el trabajo y exponer la vida ante la agresividad de algunos pacientes ...”*(Médica venezolana)
- *“algún caso de violencia física se ha dado con algún usuario... porque no consideró que se le estaban brindando los servicios adecuados. La presión psicológica es más común puesto que no siempre hay disponible personal para poder atender a todo el mundo en el momento en que debería ser atendido. Eso son los episodios más comunes de tensión hacia el personal.”* (Médica española)

La sobrecarga:

- *“...cada vez hay más personas que atender con los mismos recursos y escaso tiempo.”*(Médica chilena)
- *“...por sobrecarga laboral, especialmente durante los tiempos en que los usuarios exigen atención más pronta y es imposible repartirse para atenderlos a todos al mismo tiempo, especialmente si se está a cargo de 2 o 3 servicios a las vez...”* (Médica chilena)

La inestabilidad y precariedad laboral...

- ***“...lo que respecta a la contratación, que es lo más molesto y difícil que tenemos, es la parte como más agresiva, es donde casi que nos chantajejan por los contratos, nos los hacen como quiera... a un mes, a mes y medio, a un día, a una semana, así nos están haciendo los contratos en el hospital, pues esa es la parte más... (Médico colombiano)***
- ***“El futuro ...poco prometedor en el hospital donde se desarrolla mi formación actualmente y los contratos precarios (de contratos mensuales o trimestrales) a los que están sujetos los profesionales.” (Médico español)***
- ***“En cuanto a los profesionales de salud sobre todo la consecuencia más importante ha sido la desvalorización. Hoy día la mayoría de los profesionales están contratados de distintas maneras, cooperativas, a través de empresas, también incluso a través de intermediación en muy pocos casos como profesionales de planta...” (Médico colombiano).***
- ***“...yo no puedo cambiar ya en estos momentos. Si le quedan a uno muchos sentimientos de tristeza, de desconfianza, inestabilidad, de desesperanza. Yo no sé que vaya a pasar en enero del año entrante, lo más seguro es que como soy antigua digan le toca irse” (Médica colombiana)***

Usuarios hiperdemandantes...

- ***“Si bien no es algo que sea totalmente intolerable si no hay una posterior reflexión, pero si “fastidia” mucho el hecho de que las personas vengan a consulta y uno comparta el diagnóstico con ellos; pero lejos de aceptar tu valor como profesional y lo que dices es más acertado, el paciente y/o los familiares se toman la libertad de cuestionarlo e incluso rechazar el diagnóstico con tal prepotencia y soberbia que muchas veces dan ganas de echarlos. No obstante, uno ha de ser comprensiva y pensar que ya que estamos inmersos en un mundo de sobreinformación y que cualquiera que sepa buscar en Google, puede “diagnosticar” (Médica española)***
- ***“poco agradecimiento hacia el trabajo médico...” (Médica venezolana)***
- ***“Que cada vez más los usuarios tratan de implementar y exigir procedimientos innecesarios” (Médica chilena)***

6- Contexto Social

En numerosos encuestados de América Latina prevalecen (con excepciones como la de aquellos profesionales que trabajaban en algún centro recién inaugurado y equipado), sin distinción de edad, lugar de trabajo o especialización, preocupaciones referidas a sus precarias condiciones de trabajo, el pago, los recursos e insumos:

Remuneración

- *“La remuneración no es buena, no es adecuada”* (Médico venezolano)
- *“Bueno... lo financiero tiene que ver con la remuneración, cuando las personas perdimos todos los derechos, perdimos la antigüedad laboral. Se perdió todo, se perdió el respeto, la identidad y la pertenencia....el ambiente laboral es muy tenso por la sensación de que nadie pertenece a la institución, nadie es empleado directo...”* (Médica colombiana)
- *“Empeora la masificación, la reducción del tiempo por paciente, los contratos inestables y unos sueldos bajos para la calificación y responsabilidades...”*(Médico español)
- *“Falta remuneración...”* (Médico venezolano).

Recursos materiales (infraestructura)

- *“Existen muchos recursos que hacen falta, no tenemos una unidad de cuidados intensivos adecuada, no tenemos quirófanos adecuados pediátricos, no tenemos unos apoyos logísticos de laboratorio, de radiología permanentes y adecuados que nos favorezcan la atención a los pacientes, o por lo menos ser más oportunos o ser más eficientes. Yo creo que es casi como renovación tecnológica, sacarnos todavía del siglo XX y entrar al siglo XXI, que no lo hemos hecho, eso nos ayudaría muchísimo a mejorar la calidad de la atención a los niños”* (Médico colombiano)
- *“Cuando en un hospital que presta asistencia sólo para el SUS, falta la insulina y los fármacos anti-hipertensivos en pacientes hospitalizados, eso que nos obliga a decir a los familiares de los pacientes que comprar ese medicamento...”* (Médica brasileña)

- *“falta se insumos para cirugías o exámenes, que no permiten resolver los problemas de las personas de la ciudad”* (Médica chilena)
- *“No hay ni siquiera un botellón de agua fría para tomar durante todo el trascurso de consultas por 4 horas, después de ver 25 pacientes, no hay aire acondicionado en un consultorio de 3x3 donde están 10 estudiantes, 3 residentes y 1 docente, o sea más o menos somos 14 personas, entonces las condiciones laborales son difíciles afecta el desarrollo y la calidad, ya a lo último uno esta de mal genio y con ese calor”* (Médico colombiano)

Dotación deficiente en personal

- *“Lo peor es no tener los insumos para ayudar a los pacientes, ausencia de especialistas, médicos internistas, lo que se debe al mal pago”* (Médico venezolano)
- *“Que no cuente con profesional especializado en momentos de urgencia”* (Médico chileno).

5.3.2- Significado del Trabajo (Análisis de Correspondencias)

En este apartado, se procederá en primer lugar a presentar los datos obtenidos mediante el análisis textual. Luego se expondrán los resultados de tres análisis de correspondencias en los que se cruza el significado del trabajo con dos variables construidas (la de carga percibida de trabajo y la de los cuartiles de bienestar-malestar) y con la variable demográfica “país”.

5.3.2.1 Análisis textual de formas léxicas

En esta etapa de la investigación se procedió a analizar los datos resultantes de la pregunta incluida en el cuestionario en la cual se solicitaba a los encuestados que resumieran en cuatro formas léxicas clave su actual experiencia de trabajo.

Para hacer el análisis textual de las formas léxicas obtenidas de las categorías asociadas por los empleados al término *Trabajo*, se siguieron los siguientes pasos:

- 1- Se revisaron y corrigieron la ortografía y/o tipografía del material seleccionado
- 2- Se depuró el corpus de aquellas formas léxicas sin contenido semántico, como son las preposiciones y artículos.
- 3- Se lematizó el corpus léxico, unificando los diferentes tiempos verbales, las expresiones sinónimas, el género y también homogenizar las formas que tenían un mismo campo semántico.
- 4- Se siguió con la codificación y categorización del corpus, que tuvo como resultado un Diccionario diseñado exclusivamente para el estudio. La elaboración del Diccionario se hizo con dos objetivos:
 - Construir categorías que conservaran el espíritu de todas las expresiones o formas léxicas presentes en la encuesta aplicada
 - Organizar el corpus bajo un conjunto de ejes conceptuales que pudieran apoyar el análisis y la discusión posteriores.
- 5- Se procedió a categorizar en el marco de un enfoque deductivo o *top down way* y de acuerdo con la literatura especializada en Burnout (Maslach y Jackson, 1981; Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996) y los Modelos de Bienestar y Engagement (Salanova y Llorens, 2008; Salanova y Schaufeli, 2009) se estableció un gran eje en cuyos polos se situarían en un extremo el Bienestar-Engagement y en el otro el Malestar-Burnout.

El proceso de categorización fue el siguiente:

- Se dividieron todas las palabras en dos bloques, el de Bienestar y el de Malestar
- Se construyeron, en un primer nivel de codificación, los códigos generales, asociados al eje Bienestar-Malestar.

En el polo del Malestar las categorías que se diseñaron fueron las siguientes:

- Condiciones de trabajo Negativas
- Malestar
- Agotamiento
- Cinismo (actitud negativa hacia organización)
- Despersonalización (Trato negativo a las personas)
- Ineficacia.

Por su parte, en el polo de Bienestar las categorías creadas fueron:

- Condiciones de trabajo Positivas
 - Bienestar
 - Vigor
 - Compromiso
 - Buenas Relaciones-Personalización
 - Eficacia
-
- En un segundo nivel de categorización se diseñaron los códigos específicos, que incluyeron el total de expresiones o formas léxicas depuradas, para lo cual se trató que el nombre escogido reflejara los significados originales. En esta lista se crearon 25 códigos:
 - Sobrecarga
 - Mala gestión (administración-gestión)
 - Desorganización (formas de organización y distribución tareas)
 - Mal ambiente (social)
 - Injusticia
 - Trabajo inapropiado
 - Falta de recursos
 - Inestabilidad

- Insatisfacción
- Malestar
- Agotamiento
- Poco compromiso
- Despersonalización
- Ineficacia
- Buenas condiciones (se refiere a las condiciones socio-económicas)
- Oportunidades
- Satisfacción
- Bienestar
- Fortalecimiento
- Compromiso
- Ética
- Buenas relaciones
- Realización
- Eficacia
- Competencias
- No específicas (En esta categoría se incluyeron las expresiones o formas léxicas sin un significado determinado).

- Se asignaron las valencias positivas, negativas y no específicas a todas las palabras del corpus

Sobre el umbral de palabras, para el análisis textual y el de correspondencias, se tomaron en cuenta todas las formas léxicas de la base de datos inicial, ya que la creación del diccionario permitió que todas las expresiones fueran incluidas en los códigos generales del eje bienestar-malestar.

El corpus inicial contuvo 769 palabras distintas, y luego de depurado se compuso de 621 formas léxicas, de las cuales resultaron 597 formas léxicas para el análisis de correspondencias. La tabla N° 21 se muestra la lista de las categorías que se utilizaron en el Análisis textual.

Tabla N° 21. Listado de categorías utilizadas en el Análisis Textual

Código N1 1	Sobrecarga	43
	Mala gestión	5
	Desorganización	7
	Mal Ambiente	10
	Injusticia	10
	Trabajo inapropiado	12
	Falta de Recursos	12
	Inestabilidad	10
	Insatisfacción	11
	Malestar	14
	Agotamiento	38
	Poco compromiso	8
	Despersonalización	7
	Ineficacia	15
	Buenas condiciones	24
	Oportunidades	14
	Satisfacción	19
	Bienestar	35
	Fortalecimiento	29
	Compromiso	95
	Etica	10
	Buenas relaciones	40
	Realización	40
Eficacia	61	
Competencias	28	
Total	597	

Al realizar el análisis textual se observaron dos núcleos, uno alrededor del bienestar/engagement y otro que gira en torno al malestar/burnout. El análisis de las frecuencias permiten ver que un 65% de las formas léxicas están distribuidas alrededor del eje bienestar-engagement y el resto alrededor del malestar/pro-burnout, como se muestra en la tabla N° 22. En la agrupación de formas en torno al núcleo bienestar/engagement se encuentran concentradas una gran parte de las expresiones que se asocian con el campo semántico de las formas léxicas eficacia (eficacia, realización, competencias) y compromiso, seguidas en menor medida, por las referidas a Bienestar, Buenas Relaciones, Buenas condiciones.

En la agrupación de formas léxicas relacionada al malestar se concentran en mayor medida las formas léxicas vinculadas a las condiciones de trabajo negativas, entre las que se ubican la sobrecarga, la mala gestión, desorganización, mal ambiente, trabajo inapropiado, injusticia, inestabilidad y falta de recursos. También forman parte de este patrón en menor proporción, los aspectos de agotamiento, malestar, ineficacia, poco compromiso y despersonalización.

Tabla N° 22. Patrones preliminares del Significado del Trabajo en Análisis textual

CONDICIONES DE TRABAJO POSITIVAS			CONDICIONES DE TRABAJO NEGATIVAS		
EFICACIA			Sobrecarga		
Eficacia	86	11,2		48	6,2
Realización	46	6,0	Mala gestión		
Competencias	37	4,8		7	,9
		22,0	Desorganización		
				8	1,0
VINCULACIÓN, COMPROMISO			Mal Ambiente		
Compromiso	116	15,1		10	1,3
Ética	13	1,7	Trabajo inapropiado		
		16,8		12	1,6
BIENESTAR			Injusticia		
Satisfacción	22	2,9		11	1,4
Bienestar	47	6,1	Inestabilidad		
		9,0		14	1,8
BUENAS RELAC./PERSONALIZACION			Falta de Recursos		
Buenas relaciones	49	6,4		13	1,7
					16,0
BUENAS CONDICIONES			AGOTAMIENTO		
Oportunidades	19	2,5	Agotamiento		
Buenas condiciones	28	3,6		44	5,7
		6,1	MALESTAR		
VIGOR			Insatisfacción		
Fortalecimiento	40	5,2		16	2,1
			Malestar		
TOTAL EJE BIENESTAR			Malestar		
		65,4		22	2,9
					4,9
			INEFICACIA		
			Ineficacia		
				15	2,0
			POCO COMPROMISO		
			Poco compromiso		
				10	1,3
			DESPERSONALIZACION		
			Despersonalización		
				9	1,2
			TOTAL EJE MALESTAR		
					31,1

NOTA: PORCENTAJE DE PALABRAS NO ESPECIFICAS 3,4

5.3.2.2- Significado del trabajo y carga laboral percibida

El estudio se propuso explorar la posible relación entre las variables significado del trabajo y carga percibida de trabajo. **La primera variable**, *significado del trabajo*, está integrada por las 161 formas léxicas generadas por los sujetos de la muestra, con frecuencias que oscilan entre 45 y 1, con una frecuencia total de 769. En la tabla N° 23 aparecen las frecuencias de la variable significado del trabajo.

La segunda variable es la de *carga percibida de trabajo* que cuenta con tres modalidades: Falta tiempo, depende y no falta tiempo. Los datos se pueden observar en la tabla N° 24.

Tabla N° 23. Tabla de frecuencias Significado del trabajo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Compromiso	116	15,1	15,1	15,1
	Eficacia	86	11,2	11,2	26,3
	Buenas relaciones	49	6,4	6,4	32,7
	Sobrecarga	48	6,2	6,3	38,9
	Bienestar	47	6,1	6,1	45,1
	Realización	46	6,0	6,0	51,0
	Agotamiento	44	5,7	5,7	56,8
	Fortalecimiento	40	5,2	5,2	62,0
	Competencias	37	4,8	4,8	66,8
	Buenas condiciones	28	3,6	3,6	70,4
	No específico	26	3,4	3,4	73,8
	Malestar	22	2,9	2,9	76,7
	Satisfacción	22	2,9	2,9	79,6
	Oportunidades	19	2,5	2,5	82,0
	Insatisfacción	16	2,1	2,1	84,1
	Ineficacia	15	2,0	2,0	86,1
	Inestabilidad	14	1,8	1,8	87,9
	Falta de Recursos	13	1,7	1,7	89,6
	Ética	13	1,7	1,7	91,3
	Trabajo inapropiado	12	1,6	1,6	92,8
	Injusticia	11	1,4	1,4	94,3
	Mal Ambiente	10	1,3	1,3	95,6
	Poco compromiso	10	1,3	1,3	96,9
	Despersonalización	9	1,2	1,2	98,0
	Desorganización	8	1,0	1,0	99,1
	Mala gestión	7	,9	,9	100,0
	Total	768	99,9	100,0	
Missing	System	1	,1		
Total		769	100,0		

Tabla N° 24. Tabla de frecuencias Carga percibida de trabajo

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Falta	382	64	64,0
Depende	41	7	70,9
No falta	174	29	100,0
Total	597	100	

La tabla de contingencia de la variable Significado del Trabajo y carga de trabajo se muestra en la tabla N° 25.

Tabla N° 25. Tabla de contingencia Significado del trabajo y carga percibida

Correspondence Table				
Código N1 1	Carga de trabajo (codif. preg. 23)			Active Margin
	Falta	Depende	No falta	
Sobrecarga	33	1	9	43
Mala gestión	4	1	0	5
Desorganización	3	3	1	7
Mal Ambiente	6	0	4	10
Injusticia	6	0	4	10
Trabajo inapropiado	4	0	8	12
Falta de Recursos	10	1	1	12
Inestabilidad	7	0	3	10
Insatisfacción	9	0	2	11
Malestar	12	1	1	14
Agotamiento	27	4	7	38
Poco compromiso	2	0	6	8
Despersonalización	6	0	1	7
Ineficacia	8	2	5	15
Buenas condiciones	8	3	13	24
Oportunidades	13	0	1	14
Satisfacción	12	0	7	19
Bienestar	19	3	13	35
Fortalecimiento	22	3	4	29
Compromiso	61	9	25	95
Etica	4	0	6	10
Buenas relaciones	24	2	14	40
Realización	23	2	15	40
Eficacia	44	3	14	61
Competencias	15	3	10	28
Active Margin	382	41	174	597

Dado que interesa explorar si el significado del trabajo es distinto en función de la carga percibida por los sujetos de la muestra, se realizaron diversos procedimientos estadísticos. En este sentido, el chi-cuadrado obtenido fue de $\chi^2_{(302)} = 367,812$; $p = 0,006$, lo que llevó a rechazar la hipótesis nula de la independencia en los perfiles de las modalidades de las variables significado del trabajo y sobrecarga, y aceptar la hipótesis alternativa, que el significado del trabajo y la carga percibida de trabajo están relacionados, véase la tabla N° 26

Tabla N° 26. Chi cuadrado Significado del Trabajo y Carga percibida de trabajo

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	367,812 ^a	302	,006
Likelihood Ratio	347,184	302	,037
Linear-by-Linear Association	5,170	1	,023
N of Valid Cases	622		

Para conocer la naturaleza de la relación entre el significado del trabajo y la carga percibida de trabajo se realizó un Análisis de Correspondencias. Los resultados muestran, tal y como se observa en la tabla N° 27, que con dos dimensiones se explica el 100% de la inercia total. De los dos ejes el primero tiene un valor propio de 0,304 con una inercia del 0,093, que da cuenta del 64,3% de la inercia total. Es el eje más importante a la hora de explicar la relación entre las variables significado del trabajo y carga percibida de trabajo. El segundo eje factorial tiene un valor propio menor, de 0,227, con una inercia del 0,052 lo que supone que explica el 35,7% de la inercia total.

Tabla N° 27. Resumen de la Inercia y valores propios del Análisis de correspondencias Significado del trabajo y carga percibida de trabajo

Resumen

Dimensión	Valor propio	Inercia	Chi-cuadrado	Sig.	Proporción de inercia		Confianza para el Valor propio	
					Explicada	Acumulada	Desviación típica	Correlación
1	,304	,093			,643	,643	,038	,001
2	,227	,052			,357	1,000	,057	
Total		,144	86,102	,001a	1,000	1,000		

a. 48 grados de libertad

A continuación se caracterizarán los ejes factoriales a partir de modalidades de las variables que contribuyen a su formación. Para ello se describirán las contribuciones absolutas y relativas de las modalidades, tanto del significado del trabajo, como de la carga percibida de trabajo, y se comentarán los resultados de las tablas y el gráfico en el que se proyecta un espacio bidimensional de las modalidades de las dos variables.

El primer eje se caracteriza por las mayores contribuciones absolutas de las formas léxicas: trabajo inapropiado (0,146), poco compromiso (0,146); buenas condiciones (0,136), oportunidades (0,897) y malestar (0,881) principalmente. El examen de sus coordenadas, tal como se pueden observar en la tabla N° 28, nos muestra que en un extremo del eje se ubican las formas léxicas que definen el significado del trabajo como poco compromiso (-1,822) y trabajo inapropiado (-1,488), ética (-1,221), buenas condiciones (-1,015); mientras que en el otro extremo del eje se sitúa principalmente mala gestión (1,139), malestar (0,881) y falta de recursos (0,831)

Tabla N° 28. Perfil de filas Significado del trabajo y carga percibida de trabajo

Overview Row Points ^a									
Código N1 1	Mass	Score in Dimension		Inertia	Contribution				
		1	2		Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
					1	2	1	2	
Sobrecarga	,072	,339	-,438	,006	,027	,061	,446	,554	1,000
Mala gestión	,008	1,139	,910	,005	,036	,031	,678	,322	1,000
Desorganización	,012	,515	2,932	,024	,010	,444	,040	,960	1,000
Mal Ambiente	,017	-,420	-,505	,002	,010	,019	,481	,519	1,000
Injusticia	,017	-,420	-,505	,002	,010	,019	,481	,519	1,000
Trabajo inapropiado	,020	-1,488	-,325	,014	,146	,009	,966	,034	1,000
Falta de Recursos	,020	,831	-,017	,004	,046	,000	1,000	,000	1,000
Inestabilidad	,017	-,019	-,573	,001	,000	,024	,001	,999	1,000
Insatisfacción	,018	,455	-,653	,003	,013	,035	,394	,606	1,000
Malestar	,023	,881	-,125	,006	,060	,002	,985	,015	1,000
Agotamiento	,064	,422	,236	,004	,037	,016	,811	,189	1,000
Poco compromiso	,013	-1,822	-,269	,014	,146	,004	,984	,016	1,000
Despersonalización	,012	,611	-,679	,003	,014	,024	,521	,479	1,000
Ineficacia	,025	-,182	,573	,002	,003	,036	,119	,881	1,000
Buenas condiciones	,040	-1,015	,643	,016	,136	,073	,770	,230	1,000
Oportunidades	,023	,897	-,727	,009	,062	,055	,671	,329	1,000
Satisfacción	,032	-,293	-,527	,003	,009	,039	,294	,706	1,000
Bienestar	,059	-,324	,198	,002	,020	,010	,783	,217	1,000
Fortalecimiento	,049	,608	,189	,006	,059	,008	,933	,067	1,000
Compromiso	,159	,108	,200	,002	,006	,028	,279	,721	1,000
Ética	,017	-1,221	-,370	,008	,082	,010	,936	,064	1,000
Buenas relaciones	,067	-,230	-,118	,001	,012	,004	,837	,163	1,000
Realización	,067	-,331	-,101	,002	,024	,003	,935	,065	1,000
Eficacia	,102	,253	-,206	,003	,021	,019	,668	,332	1,000
Competencias	,047	-,272	,368	,002	,011	,028	,422	,578	1,000
Active Total	1,000			,144	1,000	1,000			

a. Symmetrical normalization

En cuanto a los perfiles de la variable carga percibida de trabajo, según se observa en la tabla N° 29 del perfil de columna, muestran las contribuciones de sus modalidades en la definición del eje. En este sentido y a partir de su contribución absoluta y relativa, el primer eje se define a partir de las modalidades: No falta tiempo (0,708) y Falta (0,273). Las coordenadas sitúan estas modalidades en los extremos opuestos.

Tabla N° 29. Perfil de columna Carga percibida del trabajo

Overview Column Points ^a									
Carga de trabajo (codif. preg. 23)	Mass	Score in Dimension		Inertia	Contribution				
		1	2		Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
					1	2	1	2	
Falta	,640	,360	-,176	,030	,273	,087	,849	,151	1,000
Depende	,069	,292	1,736	,049	,019	,912	,037	,963	1,000
No falta	,291	-,860	-,023	,066	,708	,001	,999	,001	1,000
Active Total	1,000			,144	1,000	1,000			

Las contribuciones relativas más altas son en el caso de “*falta de tiempo*” (0,849) y no *falta tiempo* (0,999), lo que demuestran que están bien posicionadas. En cuanto al ubicación de las modalidades en este eje, es un eje bipolar falta/no falta, la modalidad *depende* no se posiciona bien. En la variable significado del trabajo hay formas léxicas que definen el eje y se posicionan bien sobre él, pero también hay variables que se posicionan bien, pero no contribuyen en su definición.

Para facilitar la interpretación de la dimensión 1, se han situado sobre el eje las modalidades de las dos variables de acuerdo con sus coordenadas y contribuciones absolutas y relativas, véase la figura N° 16. En la figura se puede observar un polo conformado por las formas léxicas que definen el significado para los que *no les falta* el tiempo: Trabajo inapropiado, poco compromiso, buenas condiciones, ética; y otro polo en el que se presenta el significado para los profesionales que dicen que *les falta* el tiempo: Oportunidades, Malestar, fortalecimiento, Falta de recursos y agotamiento.

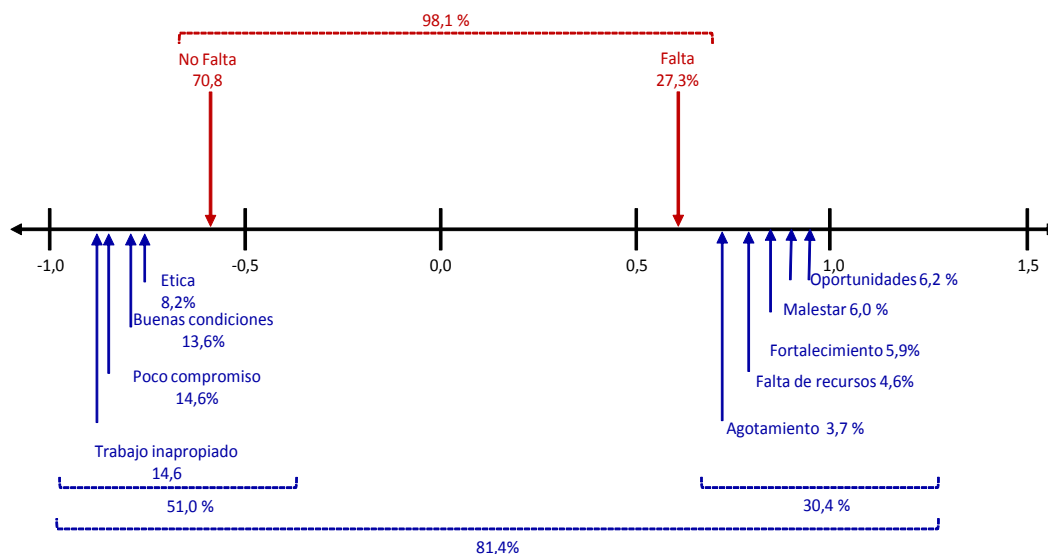
Figura N° 16. Representación Gráfica Dimensión 1 Significado del Trabajo y Carga percibida de Trabajo



Estudios de Doctorado en Psicología Social
Departamento de Psicología Social
Universidad Autónoma de Barcelona

SIGNIFICADO Y CARGA

REPRESENTACION GRAFICA DIMENSION 1



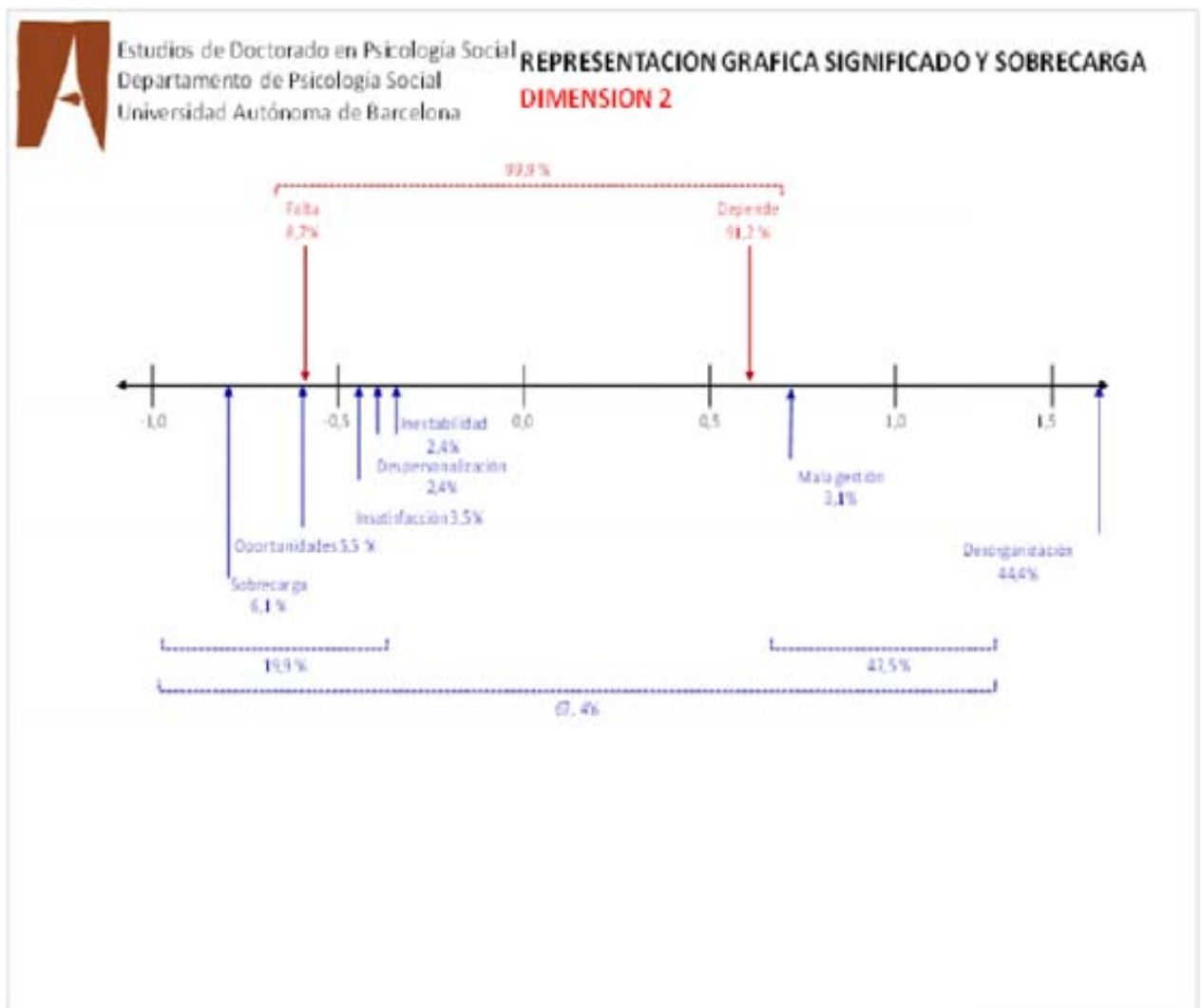
El segundo eje se caracteriza por las mayores contribuciones absolutas de las formas léxicas: desorganización (0,444), sobrecarga (0,061), oportunidades (0,055), insatisfacción (0,035), mala gestión (0,031) principalmente. El examen de sus coordenadas, tal como se pueden observar en la tabla N° 28, nos muestra que en un extremo del eje se ubican las formas léxicas que definen el significado del trabajo como *oportunidades* (-0,727), *despersonalización* (-0,679), *insatisfacción* (-0,653), *inestabilidad* (-0,573) y *sobrecarga* (-0,438); mientras que en el otro extremo del eje se sitúa principalmente *desorganización* (2,932) y *mala gestión* (0,910).

En cuanto a los perfiles de la variable carga de trabajo, según se observa en la tabla N° 29 del perfil de columna, muestran las contribuciones de sus modalidades en la definición del eje. En este sentido y a partir de su contribución absoluta y relativa, el segundo eje se define a partir de las modalidades: *Depende* (0,912) y *Falta* (0,087). Las coordenadas sitúan estas modalidades en los extremos opuestos.

Las contribuciones relativas más altas son en el *depende*, desorganización (0,960) y en el caso de *falta tiempo*, inestabilidad (0,999), lo que demuestran que están bien posicionadas. En cuanto a la ubicación de las modalidades en este eje, es un eje bipolar *Depende/falta*, la modalidad *no falta* no se posiciona bien. En la variable significado del trabajo hay formas léxicas que definen el eje y se posicionan bien sobre él, pero también hay variables que se posicionan bien, pero no contribuyen en su definición.

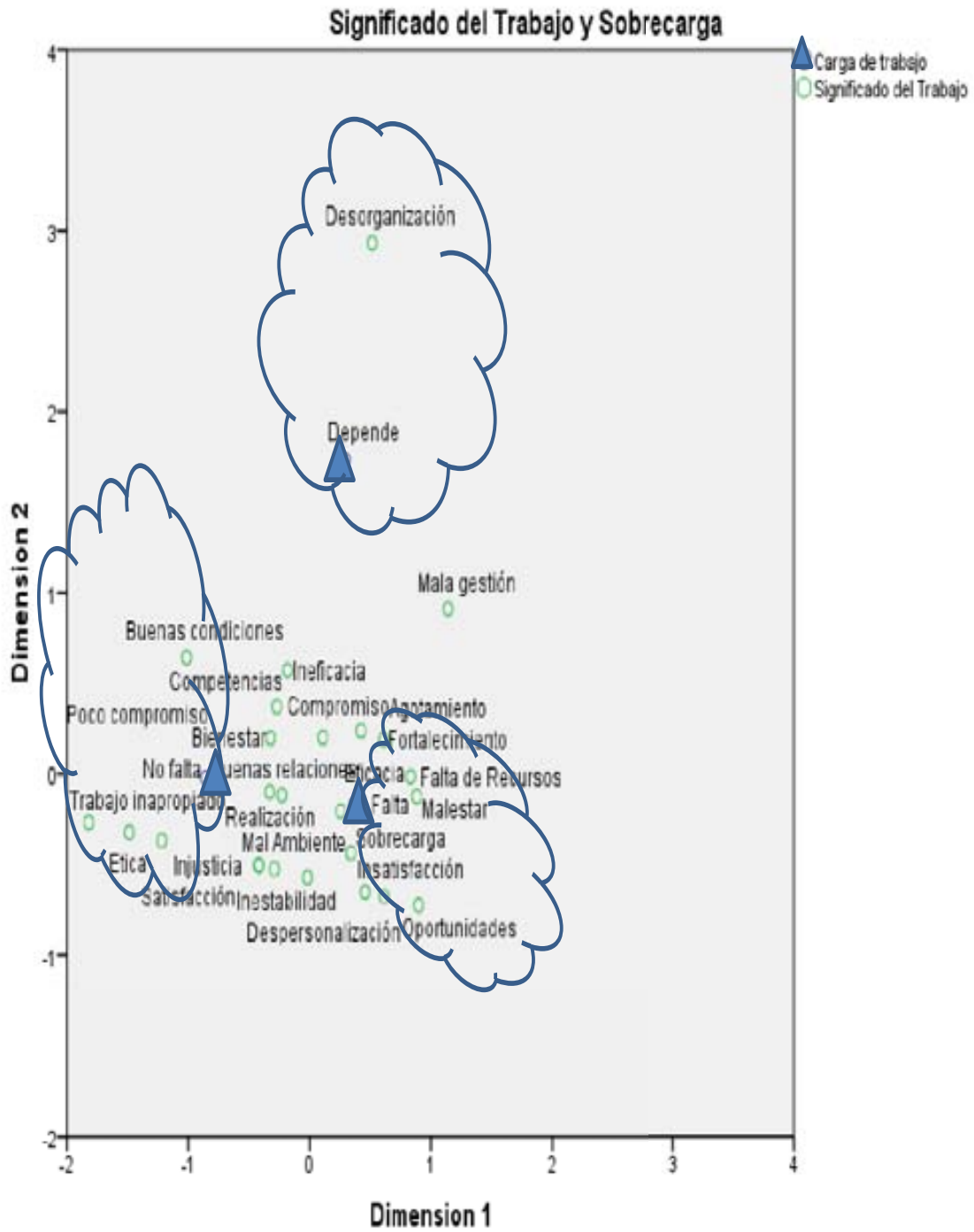
Para visualizar la interpretación de la dimensión 2, se han situado sobre el eje las modalidades de las dos variables de acuerdo con sus coordenadas y contribuciones absolutas y relativas, véase la figura N° 17. En la figura se puede observar un polo conformado por las formas léxicas que definen el significado para los que les *falta el tiempo*: *sobrecarga*, *insatisfacción*, *despersonalización*, *oportunidades*, *inestabilidad*; y otro polo, en el que se presenta el significado para los profesionales que dicen que la falta de tiempo *depende*, donde estarían *mala gestión* y *desorganización*.

Figura N° 17. Representación Gráfica Dimensión 2 Significado del Trabajo y Carga percibida de Trabajo



En Figura N°18, se puede observar el gráfico del significado del trabajo y la sobrecarga. La configuración del significado del trabajo para aquellos para los que la carga de tiempo depende, está alrededor de las formas léxicas mala gestión y desorganización; el significado del trabajo para los profesionales a quienes les falta el tiempo está conformado por las expresiones malestar, falta de recursos, agotamiento y fortalecimiento; por su parte para quienes no les falta el tiempo el significado del trabajo se visualiza formado por las formas léxicas trabajo inapropiado, poco compromiso, buenas condiciones

Figura N° 18. Gráfico del Significado del trabajo según carga percibida de Trabajo



Analisis del Significado del Trabajo y Carga Percibida

El Significado del trabajo para el grupo de profesionales a los que les *falta tiempo* para su trabajo está asociado con factores que tienen que ver en mayor medida con aspectos que se vinculan al eje del *malestar*, como son: *frustración, tristeza, impotencia, resignación, conformidad, confusión, pésimo, miedo, amenaza, defensividad, consuelo, problemas, enfermedad*; así mismo con elementos que hablan de la falta de recursos como: *limitación, mala retribución, baja remuneración, pobreza, bajo reconocimiento*; y también con aspectos del *agotamiento* como *burnout, desgaste emocional, ansiedad, preocupación*. Aparecieron igualmente otras formas léxicas pero con menor fuerza en la explicación del significado del trabajo como *oportunidades y fortalecimiento*. Estos resultados coinciden con las teorías del burnout, ya que *la falta de tiempo* se convierte en un factor de riesgo psico-social que trae como consecuencia efectos como los expresados por los participantes, *ansiedad, agotamiento, frustración y preocupación*.

En cuanto al Significado del trabajo para aquellos profesionales de la medicina a los que *no les falta tiempo* para hacer su trabajo, habrían dos grupos. El primero aquellos para quienes su trabajo tiene una valoración negativa, conformada por aspectos de un trabajo poco deseado, *aburrimento, inercia, monotonía* así como aspectos de un *limitado compromiso*, como *desafección, desmotivación, egoísmo, conveniencia, individualidad, poca estimulación*. En el otro grupo se ubicarían quienes asocian el trabajo a aspectos del eje *bienestar* como son: *las buenas condiciones, reconocimiento, remuneración, seguridad, autonomía, organización, flexibilidad* y también significa para los encuestados *ética, honestidad y moralidad*. En el caso del grupo cuyo significado del trabajo está vinculado a aspectos negativos pero *no les hace falta tiempo* para hacer su trabajo, existiría una contradicción, porque si no les hace falta más tiempo para hacer su trabajo se supone que el significado estaría relacionado al eje del bienestar.

Los que responden que la falta de tiempo para hacer el trabajo *depende*, manifiestan un significado del trabajo conformado por aspectos que se vincularon a la desorganización como son: *falta de liderazgo, masificación, dispersión y deficiencia en equipo y la mala gestión*.

5.3.2.3- Significado del trabajo y bienestar laboral

El estudio se propuso explorar la posible relación entre las variables significado del trabajo y los cuartiles de bienestar-malestar que emergen de las respuestas de los cuestionarios utilizados. La primera variable, significado del trabajo, como ya fue comentado, está integrada por 161 formas léxicas generadas por los sujetos de la muestra, con frecuencias que oscilan entre 45 y 1, con una frecuencia total de 769. En la tabla N° 23 se mostraron las frecuencias de la variable significado del trabajo.

La segunda variable es la conformada por los cuartiles de la variable Bienestar y cuenta con cuatro modalidades: Bienestar, Normalidad, Riesgo y Malestar. La variable Bienestar se obtuvo a partir de las respuestas de los participantes al cuestionario de Bienestar Laboral General (qBLG). Se trata de una variable continua que categorizamos en cuatro niveles en función de los cuartiles de su distribución. Cada respuesta es asignada a una categoría, Bienestar, Normalidad, Riesgo y Malestar, de acuerdo con el cuartil en el que se sitúa su puntuación en el cuestionario.

La tabla de contingencia que se conforma con las modalidades de la variables bienestar y las formas léxicas asociadas al significado del trabajo se muestra en la tabla N° 30.

Tabla N^o 30. Tabla de contingencia Significado del trabajo y cuartiles de Bienestar-Malestar

Código N1 1	Cuartiles bienestar laboral general				
	Q1 Malestar	Q2 Riesgo	Q3 Normalidad	Q4 Bienestar	Active Margin
Sobrecarga	15	16	11	2	44
Mala gestión	4	1	0	0	5
Desorganización	2	4	2	0	8
Mal Ambiente	5	1	3	1	10
Injusticia	5	4	2	0	11
Trabajo inapropiado	3	3	2	3	11
Falta de Recursos	4	3	1	2	10
Inestabilidad	4	2	3	0	9
Insatisfacción	8	1	1	0	10
Malestar	6	5	2	1	14
Agotamiento	14	12	9	1	36
Poco compromiso	2	3	2	2	9
Despersonalización	5	1	1	1	8
Ineficacia	9	3	3	0	15
Buenas condiciones	1	4	6	12	23
Oportunidades	5	3	1	2	11
Satisfacción	1	5	5	8	19
Bienestar	5	7	6	11	29
Fortalecimiento	7	5	6	14	32
Compromiso	16	22	21	29	88
Ética	1	1	3	3	8
Buenas relaciones	5	9	16	11	41
Realización	5	6	10	19	40
Eficacia	10	14	19	18	61
Competencias	5	6	7	7	25
Active Margin	147	141	142	147	577

En este estudio interesaba conocer si el significado del trabajo se relacionaba con los cuartiles de bienestar-malestar, y para ello se realizaron diversos procedimientos estadísticos. En este sentido, el chi-cuadrado obtenido fue de $\chi^2_{(75)} = 148,820$; $p = 0.000$, lo que llevó a rechazar la hipótesis nula de la independencia entre los perfiles de las modalidades de las variables significado del trabajo y los cuartiles (véase la tabla 31) y aceptar la hipótesis alternativa de que el significado del trabajo y los cuartiles de Bienestar y Malestar están relacionados.

Tabla N° 31. Chi cuadrado Significado del Trabajo y cuartiles de Bienestar-Malestar

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	148,820 ^a	75	,000
Likelihood Ratio	163,005	75	,000
Linear-by-Linear Association	16,561	1	,000
N of Valid Cases	599		

Para conocer la naturaleza de la relación entre el significado del trabajo y los cuartiles de Bienestar-Malestar se realizó un Análisis de Correspondencias. Los resultados muestran, tal y como se observa en la tabla N° 32, que se obtienen tres ejes factoriales para explicar la totalidad de la inercia. De los tres ejes el primero tiene un valor propio de 0,440, con una inercia de 0,193 y da cuenta del 77,3% de la inercia total. Es el eje más importante a la hora de explicar la relación entre las variables significado del trabajo y cuartiles. El segundo eje factorial tiene un valor propio menor, de 0,201, con una inercia del 0,040, lo que explica el 16,1% de la inercia total. El tercer eje es el que tiene menos peso, como un valor propio menor, de 0,129 con una inercia del 0,017 lo que supone el 6,6% de la inercia total. Dada la importancia de los dos primeros ejes factoriales, que explican en su conjunto el 94,1% de la inercia, se centrará en ellos el análisis con especial atención al primero.

Tabla N° 32. Resumen de la Inercia y valores propios del Análisis de correspondencias Significado del trabajo y cuartiles de Bienestar-Malestar

Dimension	Singular Value	Inertia	Chi Square	Sig.	Proportion of Inertia		Confidence Singular Value	
					Accounted for	Cumulative	Standard Deviation	Correlation 2
1	,440	,193			,773	,773	,032	,126
2	,201	,040			,161	,934	,039	
3	,129	,017			,066	1,000		
Total		,250	144,278	,000 ^a	1,000	1,000		

a. 72 degrees of freedom

A continuación se caracterizarán los ejes factoriales a partir de modalidades de las variables que contribuyen a su formación. Para ello se describirán las contribuciones absolutas y relativas de las modalidades, tanto del significado del trabajo, como de los cuartiles y se comentarán los resultados de las tablas y el gráfico en el que se proyecta en un espacio bidimensional las modalidades de las dos variables.

El primer eje se caracteriza por las mayores contribuciones absolutas de las formas léxicas: Insatisfacción (0,110), buenas condiciones (0,095) y realización (0,092). De acuerdo con sus coordenadas, tal como se pueden observar en la Tabla N° 33, se muestra que en un extremo del eje se ubican las formas léxicas que definen el significado del trabajo como mala gestión (-1,755), insatisfacción (-1,668), ineficacia (-1,246), despersonalización (-1,045), injusticia (-1,018) o inestabilidad (-0,870); y en el otro extremo se sitúan las formas léxicas del significado del trabajo como buenas condiciones (1,024), realización (0,763).

Tabla N° 33. Perfil de filas Significado del trabajo y cuartiles de Bienestar-Malestar

Código N11	Mass	Score in Dimension		Inertia	Contribution				
		1	2		Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
					1	2	1	2	
Sobrecarga	,076	-,656	-,580	,020	,075	,128	,730	,260	,990
Mala gestión	,009	-,755	1,240	,015	,061	,066	,808	,184	,992
Desorganización	,014	-,616	-,236	,007	,012	,106	,319	,586	,905
Mal Ambiente	,017	-,746	,484	,007	,022	,020	,572	,110	,682
Injusticia	,019	-,018	-,297	,009	,045	,008	,936	,036	,973
Trabajo inapropiado	,019	-,042	,126	,000	,000	,002	,034	,141	,175
Falta de Recursos	,017	-,505	,335	,003	,010	,010	,578	,116	,694
Inestabilidad	,016	-,870	-,237	,007	,027	,004	,776	,026	,802
Insatisfacción	,017	-,1668	1,311	,028	,110	,149	,768	,216	,984
Malestar	,024	-,832	-,110	,008	,038	,001	,880	,007	,887
Agotamiento	,062	-,780	-,433	,019	,086	,058	,877	,123	1,000
Poco compromiso	,016	-,046	-,329	,001	,000	,008	,022	,506	,528
Despersonalización	,014	-,1045	1,081	,010	,034	,081	,665	,324	,990
Ineficacia	,026	-,1246	,418	,019	,092	,023	,923	,047	,971
Buenas condiciones	,040	1,024	,264	,019	,095	,014	,969	,029	,998
Oportunidades	,019	-,649	,505	,005	,018	,024	,664	,183	,848
Satisfacción	,033	,763	-,170	,009	,044	,005	,943	,021	,964
Bienestar	,050	,411	,169	,005	,019	,007	,791	,061	,852
Fortalecimiento	,055	,460	,656	,010	,027	,119	,510	,474	,985
Compromiso	,153	,300	-,001	,007	,031	,000	,916	,000	,916
Etica	,014	,625	,040	,003	,012	,000	,691	,001	,692
Buenas relaciones	,071	,381	-,473	,011	,023	,079	,406	,286	,692
Realización	,069	,763	,427	,020	,092	,063	,874	,125	,999
Eficacia	,106	,308	-,199	,006	,023	,021	,732	,139	,872
Competencias	,043	,183	-,120	,001	,003	,003	,777	,151	,928

En cuanto a las modalidades de los cuartiles de bienestar, en la tabla N° 34 se muestran las contribuciones de sus modalidades en la definición del eje. En este sentido y a partir de su contribución absoluta y relativa, el primer eje se define fundamentalmente a partir de las modalidades: Malestar (0,489) y Bienestar (0,470). Las coordenadas sitúan estas modalidades en los extremos opuestos.

Tabla N° 34. Perfil de columna Cuartiles de Bienestar-Malestar

Cuartiles bienestar laboral general	Mass	Score in Dimension		Inertia	Contribution				
		1	2		Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
					1	2	1	2	
Q1 Malestar	,255	-,919	,442	,105	,489	,248	,903	,095	,999
Q2 Riesgo	,244	-,181	-,526	,024	,018	,337	,149	,571	,720
Q3 Normalidad	,246	,199	-,382	,021	,022	,179	,207	,349	,556
Q4 Bienestar	,255	,901	,431	,101	,470	,236	,900	,094	,994
Active Total	1,000			,250	1,000	1,000			

a. Symmetrical normalization

Además las contribuciones relativas más altas corresponden a las modalidades Malestar (0,903) y Bienestar (0,900), lo que demuestran que están bien posicionadas. En cuanto al posicionamiento de las otras modalidades en este eje, correspondientes al cuartil de riesgo y al cuartil de normalidad, no se posicionan bien. En la variable significado del trabajo hay formas léxicas que definen el eje y se posicionan bien sobre él, pero también hay variables que se posicionan bien, pero no contribuyen en su definición.

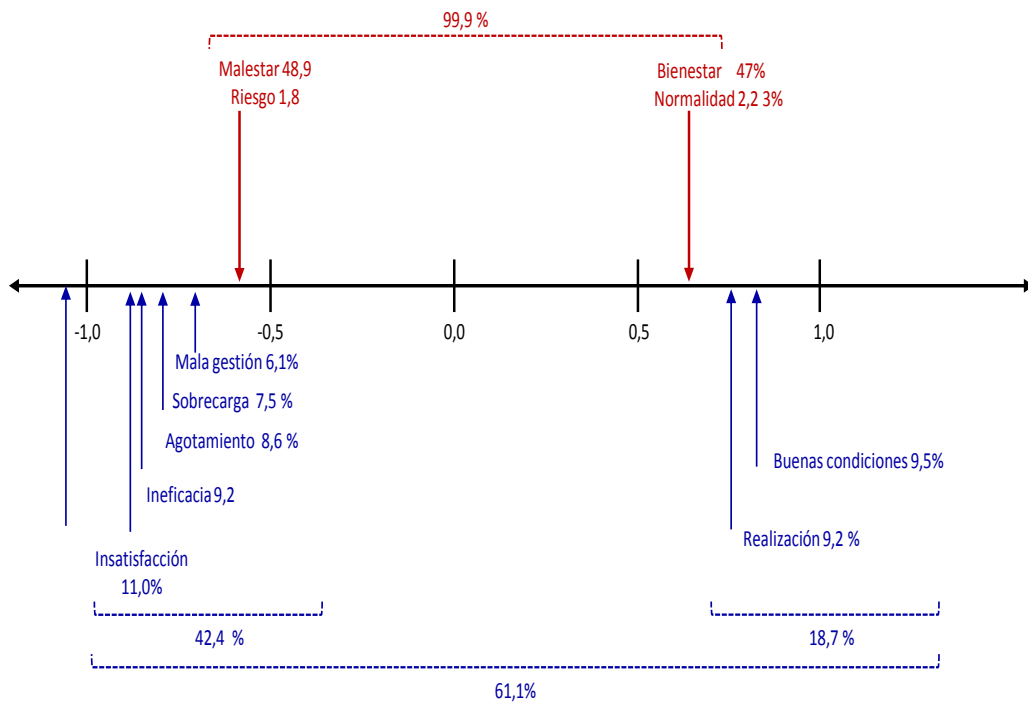
Para facilitar la interpretación de la dimensión 1, se han situado sobre el eje las modalidades de las dos variables de acuerdo con sus coordenadas y contribuciones absolutas y relativas, véase la figura N° 19. En la figura se puede observar un polo conformado por las formas léxicas que definen el significado de la experiencia laboral para los que se encuentran en el cuartil de malestar que son: mala gestión, sobrecarga, agotamiento, ineficacia, insatisfacción; y otro extremo en el que se presenta el significado para los profesionales que se ubican en el cuartil del bienestar: buenas condiciones y realización.

Figura N° 19. Representación grafica dimensión 1 significado del trabajo y cuartiles Bienestar-Malestar



Estudios de Doctorado en Psicología Social
 Departamento de Psicología Social
 Universidad Autónoma de Barcelona

SIGNIFICADO DEL TRABAJO Y CUARTILES REPRESENTACION GRAFICA DIMENSION 1



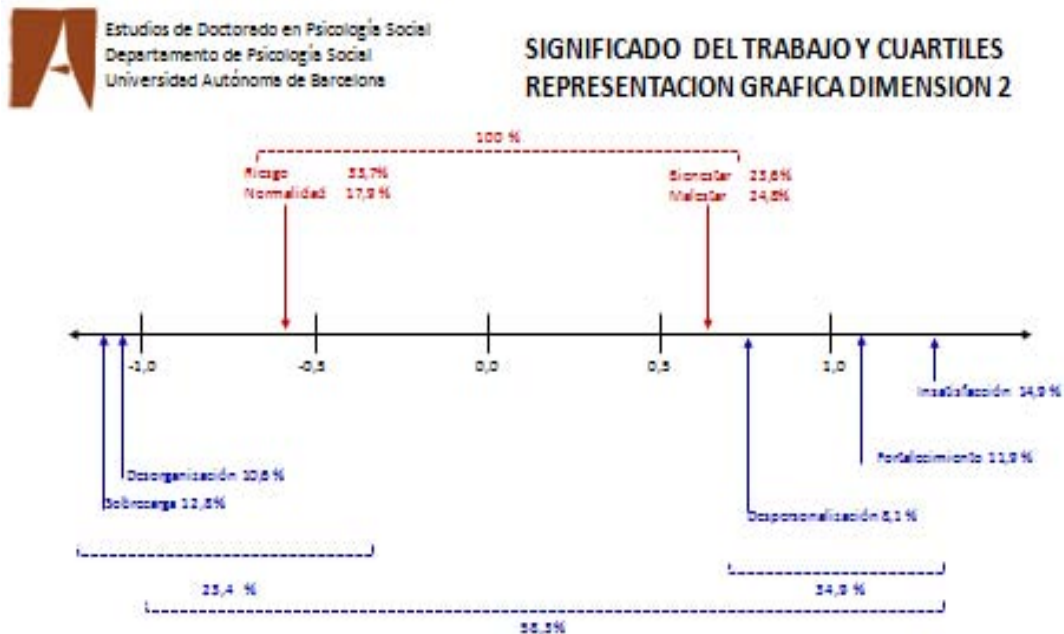
El segundo eje se caracteriza por las mayores contribuciones absolutas de las formas léxicas: *insatisfacción* (0,149), *sobrecarga* (0,128), *fortalecimiento* (0,119), *desorganización* (0,106) y *despersonalización* (0,081) principalmente. El examen de sus coordenadas, tal como se pueden observar en la tabla 33, nos muestra que en un extremo del eje se ubican las formas léxicas que definen el significado del trabajo como *insatisfacción* (1,311), *mala gestión* (1,240), *despersonalización* (1,081) y *fortalecimiento* (0,656); mientras que en el otro extremo del eje se sitúa principalmente y *desorganización* (-1,236) y *sobrecarga* (0,580).

En cuanto a los perfiles de la variable cuartiles, según se observa en la tabla N° 34 del perfil de columna, muestran las contribuciones de sus modalidades en la definición del eje. En este sentido y a partir de su contribución absoluta y relativa, el segundo eje se define a partir de las modalidades: Riesgo (0,337), Normalidad (0,179) en un extremo y en el otro malestar (0, 248) y bienestar (0, 236).

Las contribuciones relativas más altas son en el extremo bienestar-malestar, fortalecimiento (0,474) y en el extremo de riesgo-normalidad, desorganización (0,586), lo que demuestran que no están bien posicionadas. En cuanto a la ubicación de las modalidades en este eje, la modalidad Normalidad no se posiciona bien. En la variable significado del trabajo hay formas léxicas que definen el eje y se posicionan bien sobre él, pero también hay variables que se posicionan bien, pero no contribuyen en su definición.

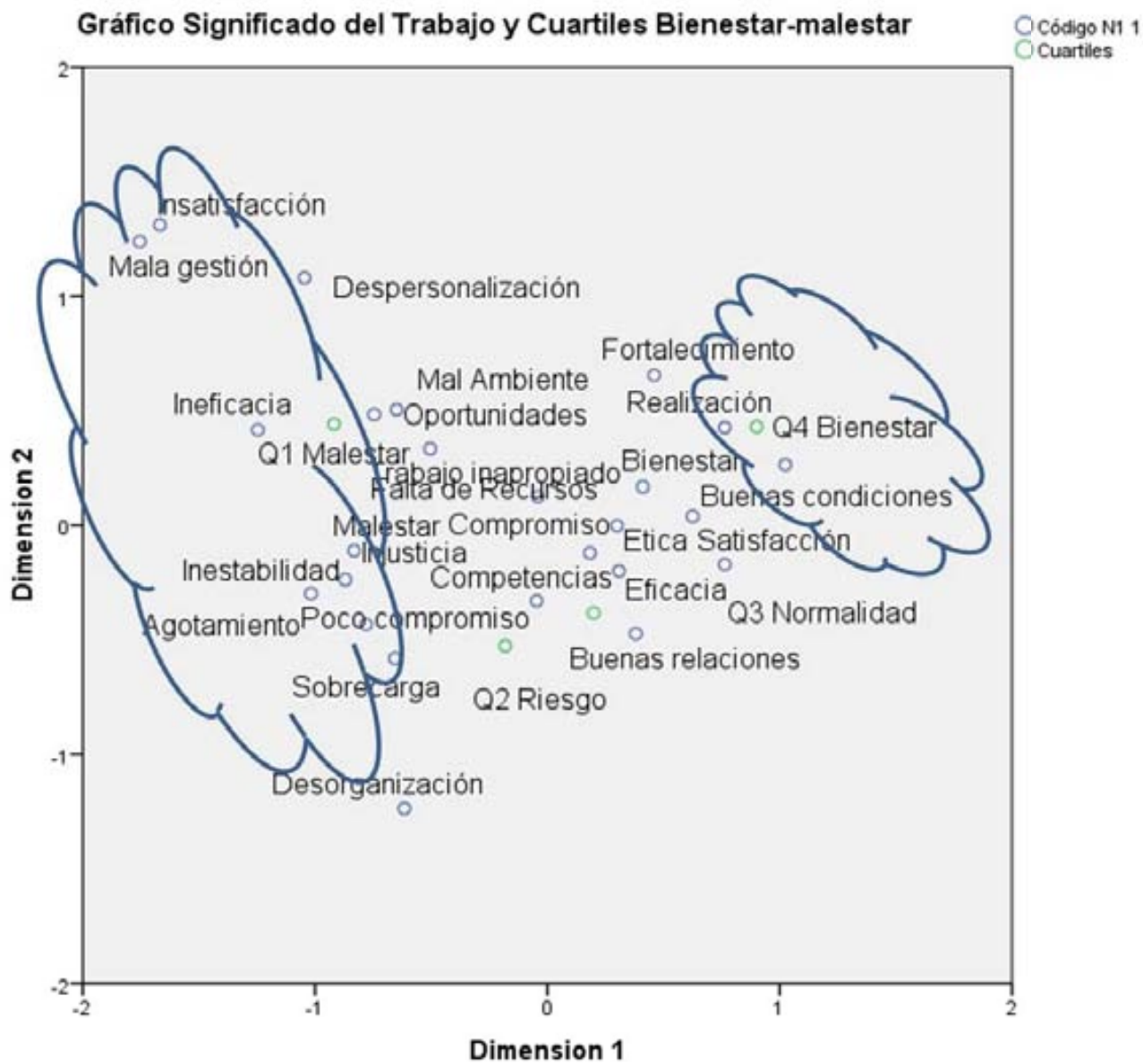
Para visualizar la interpretación de la dimensión 2, se han situado sobre el eje las modalidades de las dos variables de acuerdo con sus coordenadas y contribuciones absolutas y relativas, véase la figura N°20. En la figura se puede observar un polo conformado por las formas léxicas que definen el significado para los que están en los cuartiles de riesgo y normalidad: desorganización y sobrecarga y en el otro polo de los que están en el cuartil de bienestar-malestar, en el que se presenta el significado asociado a *insatisfacción*, *fortalecimiento*, *despersonalización*.

Figura N° 20. Representación Gráfica dimensión 2 Significado del trabajo y cuartiles de Bienestar-Malestar



En Figura N° 21, se puede observar el gráfico del significado del trabajo y los cuartiles. La configuración del significado del trabajo para aquellos ubicados en el cuartil de bienestar se conforma por las formas léxicas: buenas condiciones y realización; para los profesionales que están en el cuartil de malestar el significado del trabajo se presenta como ineficacia, insatisfacción, mala gestión, sobrecarga, agotamiento; para los que están en el cuartil de normalidad por buenas condiciones en mayor medida y para los que están en el cuartil de riesgo por desorganización.

Figura N° 21. Gráfico del Significado del trabajo y cuartiles de Bienestar-Malestar



Análisis del Significado del trabajo y Bienestar Laboral

El Significado del trabajo para el grupo de profesionales que se encuentran incluidos en el cuartil Malestar se configura claramente con relación al eje de Malestar, así que conciben su experiencia de trabajo como: mala gestión (planta deficiente, falta de perspectiva, burocracia, politización, rigidez); sobrecarga (trabajo pendiente, trabajo abrumador, dureza, sacrificio), agotamiento (burnout, desgaste emocional, ansiedad, preocupación), ineficacia (incompetencia, inutilidad, infravaloración) e insatisfacción (Desilusión). Estos resultados coinciden con las teorías del burnout, ya que los trabajadores que están en el cuartil del Malestar según las escalas medidas de condiciones y bienestar, que presentan fuertes indicios de desgaste y burnout, tienen una visión de su experiencia laboral frustrante, agotadora y desgastante.

En cuanto al Significado del trabajo para aquellos profesionales de la medicina que se ubican en el cuartil del Bienestar, la visión de la experiencia del trabajo encaja con configuraciones del eje del Bienestar, que incluirían aspectos intrínsecos y extrínsecos, significaría que ven su experiencia laboral asociada a buenas condiciones (reconocimiento, remuneración, seguridad, autonomía, organización, flexibilidad) y realización (entretenimiento, experiencia óptima, desarrollo, enriquecimiento, progreso, orgullo, autoestima).

5.3.2.4- Significado del trabajo por países

El estudio se propuso explorar la posible relación entre las variables significado del trabajo y los países en los que trabajan los profesionales de la medicina. Es decir, examinar la influencia del país de procedencia del profesional de la salud sobre su significado del trabajo. Para ello analizaremos la tabla de contingencia formada por las variables significado del trabajo y país del profesional médico. **La primera variable**, significado del trabajo, como ya se ha comentado, está integrada por las 161 formas léxicas generadas por los sujetos de la muestra, con frecuencias que oscilan entre 45 y 1, con una frecuencia total de 769. En la tabla N° 23 se mostraron las frecuencias de la variable Significado del Trabajo.

La segunda variable es la conformada por los países que participaron en el estudio: Brasil, Colombia, Venezuela, Chile y España. En la tabla N° 35 se exponen las frecuencias de los distintos países en la muestra.

Tabla N° 35. Tabla de frecuencias Países

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	España	65	33,3	33,3	33,3
	Brasil	9	4,6	4,6	37,9
	Colombia	26	13,3	13,3	64,1
	Venezuela	25	12,8	12,8	50,8
	Chile	70	35,9	35,9	100,0
	Total	195	100,0	100,0	

La tabla de contingencia formada por el cruce de estas dos variables se presenta en la tabla N° 36.

Tabla N° 36. Tabla de contingencia Significado del trabajo por países

Código N1 1	País de residencia					
	España	Brasil	Colombia	Venezuela	Chile	Active Margin
Sobrecarga	18	0	7	1	22	48
Mala gestión	2	1	0	0	4	7
Desorganización	7	0	0	0	1	8
Mal Ambiente	2	0	2	0	6	10
Injusticia	3	0	3	0	5	11
Trabajo inapropiado	6	0	1	0	5	12
Falta de Recursos	1	2	4	0	6	13
Inestabilidad	4	0	5	3	2	14
Insatisfacción	5	0	3	5	3	16
Malestar	4	0	1	7	10	22
Agotamiento	24	2	1	5	12	44
Poco compromiso	5	0	1	0	4	10
Despersonalización	1	0	2	0	6	9
Ineficacia	5	1	1	0	8	15
Buenas condiciones	8	0	4	3	13	28
Oportunidades	4	4	4	5	2	19
Satisfacción	5	1	2	3	11	22
Bienestar	13	2	4	11	17	47
Fortalecimiento	17	2	5	6	10	40
Compromiso	42	5	14	14	41	116
Ética	2	5	1	3	2	13
Buenas relaciones	14	5	5	5	20	49
Realización	18	1	9	4	14	46
Eficacia	22	1	12	20	31	86
Competencias	12	4	5	7	9	37
Active Margin	244	36	96	102	264	742

Dado que se busca explorar si el significado del trabajo es distinto en función del país al que pertenecen los profesionales de la medicina, se realizaron diversos procedimientos estadísticos. En primer lugar, se llevó a cabo una prueba chi-cuadrado sobre la tabla de contingencia para evaluar la dependencia de las variables. En este sentido, el chi-cuadrado obtenido fue de $\chi^2_{(100)} = 188,825$; $p=0,000$, lo que llevó a rechazar la hipótesis nula de la independencia en los perfiles de las modalidades de las variables significado del trabajo y los países, y aceptar la hipótesis alternativa, que el significado del trabajo y los países si están relacionados, véase la tabla N° 37.

Tabla N°37. Chi cuadrado Significado del Trabajo por países

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	188,825 ^a	100	,000
Likelihood Ratio	185,134	100	,000
Linear-by-Linear Association	,196	1	,658
N of Valid Cases	768		

a. 82 cells (63,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

Para conocer la naturaleza de la relación entre el significado del trabajo y **los países**, se realizó un Análisis de Correspondencias. Los resultados muestran tal como se observa en la tabla N° 38 que se obtienen cuatro ejes factoriales que explican el 100% de la inercia total. De los **cuatro ejes** el primero tiene un valor propio de 0,319 con una inercia del 0,102 lo que supone el 41,6% de la inercia total. Es el eje con más peso a la hora de explicar la relación entre las variables significado del trabajo y **países**. El segundo eje factorial tiene un valor propio menor, de 0.242, con una inercia del 0.059 lo que explica el 23,9% de la inercia total. El tercer eje tiene un valor propio de 0, 231, con una inercia del 0.053 lo que supone el 21,7% de la inercia total. El cuarto eje, es el de menor peso, posee un valor propio de 0, 178, con una inercia del 0.032 lo que significa 12,9% de la inercia. Dado que los dos primeros ejes factoriales son los que más peso tienen a la hora de explicar la inercia factorial, suponen el 65,4%, centraremos el análisis en estas dos dimensiones.

Tabla N° 38. Tabla resumen de la inercia y los valores propios del Significado del trabajo por países

Dimension	Singular Value	Inertia	Chi Square	Sig.	Proportion of Inertia		Confidence Singular Value	
					Accounted for	Cumulative	Standard Deviation	Correlation 2
1	,319	,102			,416	,416	,049	,205
2	,242	,059			,239	,654	,036	
3	,231	,053			,217	,871		
4	,178	,032			,129	1,000		
Total		,245	182,134	,000 ^a	1,000	1,000		

a. 120 degrees of freedom

A continuación se caracterizarán los dos primeros ejes factoriales a partir de modalidades de las variables que contribuyen a su formación. Para ello se describirán las contribuciones absolutas y relativas de las modalidades, tanto del significado del trabajo, como para los países, y se comentarán los resultados de las tablas y el gráfico en el que se proyecta en un espacio bidimensional las modalidades de las dos variables.

El primer eje se caracteriza por las mayores contribuciones absolutas de las formas léxicas: Ética (0,403) y Oportunidades (0,216), sobrecarga (0,093), competencias (0,056) y trabajo inapropiado (0,031) principalmente. El examen de sus coordenadas, tal como se pueden observar en la tabla N° 39, nos muestra que en un extremo del eje se ubican las formas léxicas que definen el significado del trabajo como desorganización (0,836), trabajo inapropiado (0,786), poco compromiso (0,770) y sobrecarga (0,676); mientras que en el otro extremo del eje se sitúa principalmente ética (-2,711), oportunidades (-1,640), competencias (-0,599), falta de recursos (-0,547).

Tabla N° 39. Perfil de filas Significado del trabajo por países

Overview Row Points ^a									
Código N1 1	Mass	Score in Dimension		Inertia	Contribution				
		1	2		Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
					1	2	1	2	
Sobrecarga	,065	,676	,339	,012	,093	,031	,787	,150	,936
Mala gestión	,009	-,180	1,234	,006	,001	,059	,018	,628	,646
Desorganización	,011	,836	,840	,015	,024	,031	,163	,124	,287
Mal Ambiente	,013	,697	,293	,006	,021	,005	,351	,047	,398
Injusticia	,015	,619	,221	,006	,018	,003	,321	,031	,352
Trabajo inapropiado	,016	,786	,575	,005	,031	,022	,654	,265	,919
Falta de Recursos	,018	-,547	,771	,015	,016	,043	,114	,172	,287
Inestabilidad	,019	-,078	-,914	,012	,000	,065	,003	,323	,326
Insatisfacción	,022	-,194	-,136	,008	,003	,115	,032	,827	,859
Malestar	,030	-,059	-,1018	,013	,000	,127	,003	,578	,581
Agotamiento	,059	,177	,335	,015	,006	,027	,039	,107	,146
Poco compromiso	,013	,770	,552	,004	,025	,017	,659	,256	,916
Despersonalización	,012	,683	,227	,008	,018	,003	,223	,019	,242
Ineficacia	,020	,319	,825	,005	,006	,057	,124	,626	,749
Buenas condiciones	,038	,440	-,105	,004	,023	,002	,648	,028	,676
Oportunidades	,026	-,1,640	-,047	,024	,216	,000	,928	,001	,928
Satisfacción	,030	,073	,005	,003	,000	,000	,017	,000	,017
Bienestar	,063	-,184	-,446	,006	,007	,052	,117	,524	,641
Fortalecimiento	,054	-,051	-,009	,003	,000	,000	,014	,000	,014
Compromiso	,156	,094	,082	,001	,004	,004	,428	,244	,672
Ética	,018	-,2,711	1,037	,046	,403	,078	,896	,099	,995
Buenas relaciones	,066	-,268	,425	,006	,015	,049	,262	,502	,764
Realización	,062	,274	,056	,005	,015	,001	,277	,009	,285
Eficacia	,116	,000	-,659	,013	,000	,208	,000	,949	,949
Competencias	,050	-,599	,006	,006	,056	,000	,890	,000	,890
Activo Total	1,000			,245	1,000	1,000			

a. Symmetrical normalization

En cuanto a los perfiles de la variable **países**, se muestran las contribuciones de sus modalidades en la definición del eje. En este sentido y a partir de su contribución absoluta y relativa, que se observa en la tabla N° 40 del perfil de columnas, el primer eje se define fundamentalmente a partir de las modalidades: Brasil (0,667) y Venezuela (0,167).

Tabla N° 40. Perfil de columna Países

Overview Column Points ^a									
País de residencia	Mass	Score in Dimension		Inertia	Contribution				
		1	2		Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
					1	2	1	2	
España	,329	,263	,215	,039	,071	,063	,188	,095	,283
Brasil	,049	-2,095	1,184	,085	,667	,281	,804	,194	,998
Colombia	,129	-,024	-,217	,032	,000	,025	,001	,046	,046
Venezuela	,137	-,623	-1,036	,056	,167	,610	,303	,635	,938
Chile	,356	,291	,119	,033	,095	,021	,289	,037	,326
Active Total	1,000			,245	1,000	1,000			

a. Symmetrical normalization

Las contribuciones relativas más altas son para Brasil y Venezuela (0,928), mientras que para España y Chile (0,787) son menores, lo que hace ver que las de Brasil y Venezuela están mejor posicionadas. En cuanto al posicionamiento de las otras modalidades en este eje, la modalidad Colombia no se posicionan bien.

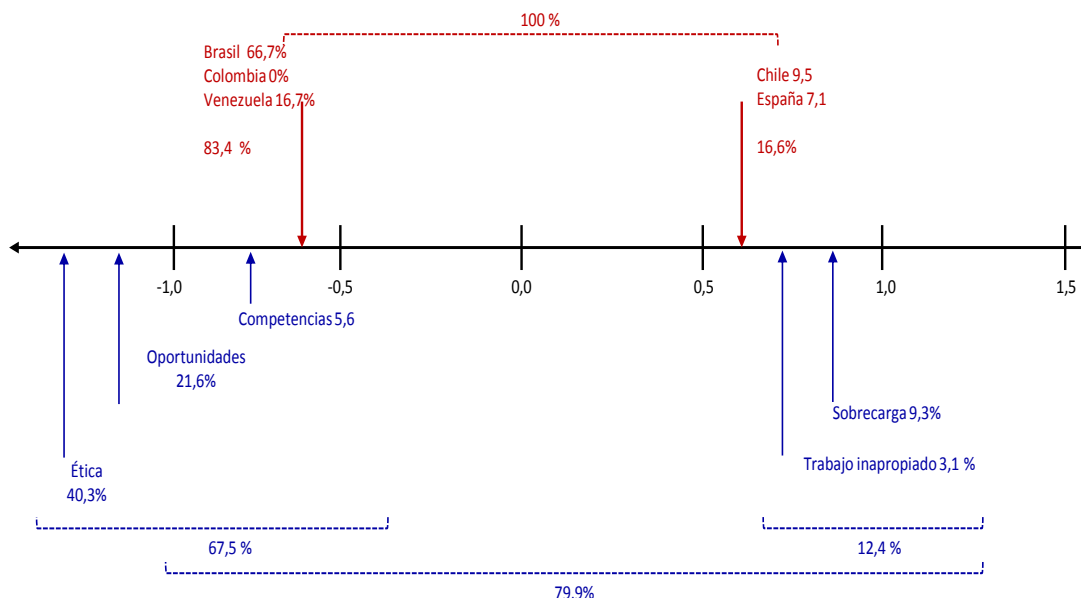
Para facilitar la interpretación de la primera dimensión se han situado sobre un eje las modalidades de las dos variables de acuerdo con sus coordenadas y contribuciones absolutas y relativas, véase la figura N°22. En la figura se puede observar un polo conformado por las formas léxicas que definen el significado alrededor de oportunidades, ética y competencias; y otro polo que define el trabajo alrededor de sobrecarga y trabajo inapropiado.

Figura N°22. Representación gráfica dimensión 1 significado del trabajo por países



Estudios de Doctorado en Psicología Social
Departamento de Psicología Social
Universidad Autónoma de Barcelona

SIGNIFICADO DEL TRABAJO Y PAISES REPRESENTACION GRAFICA DIMENSION 1



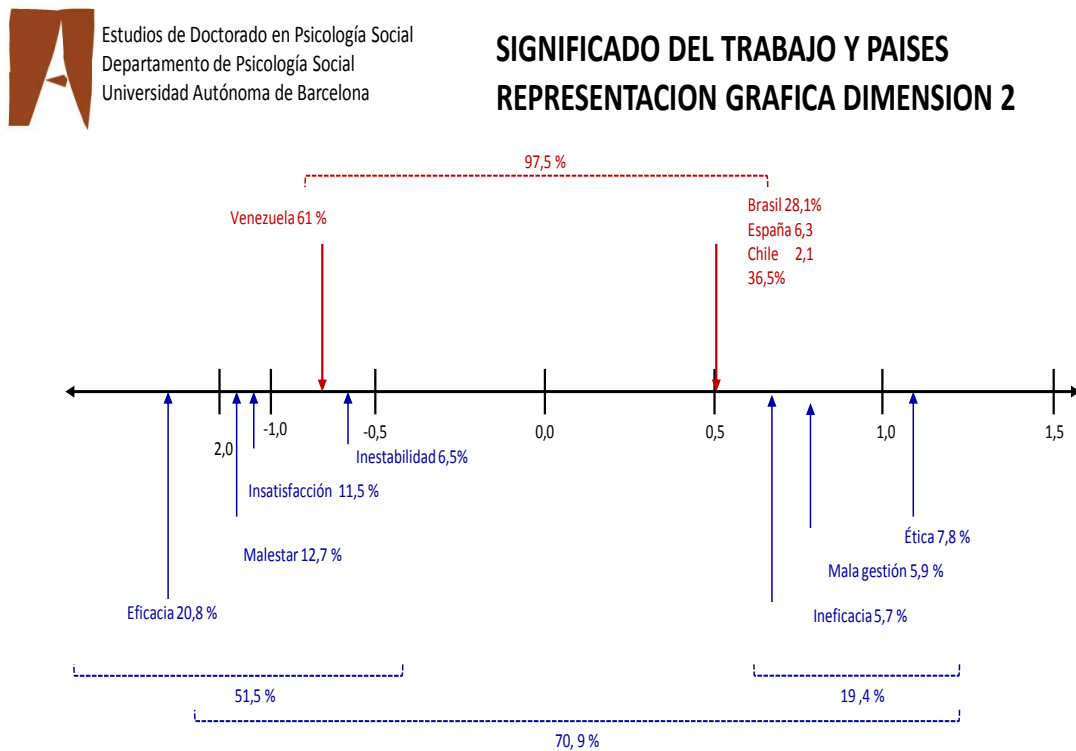
El segundo eje se caracteriza por las mayores contribuciones absolutas de las formas léxicas: eficacia (0,208), malestar (0,127), insatisfacción (0,115) e inestabilidad (0,065). De acuerdo con sus coordenadas, en un extremo del eje se ubican las formas léxicas que definen el significado del trabajo: insatisfacción (-1,136), malestar (-1,018), inestabilidad (-0,914) y en el otro extremo las formas que lo definen como mala gestión (1,234), ética (1,037) e ineficacia (0,825)

En cuanto a los perfiles de la variable **países**, se muestran las contribuciones de sus modalidades en la definición del eje. En este sentido y a partir de su contribución absoluta y relativa, que se observa en la tabla N° 40 del perfil de columnas, el segundo eje se define fundamentalmente a partir de las modalidades: Venezuela (0,610) y Brasil (0,281).

Las contribuciones relativas más altas son para Venezuela, (0,949) y para el grupo Brasil, España y Chile, (0,628), lo que demuestra que sobre todo la de Venezuela está bien posicionada. En cuanto al posicionamiento de las otras modalidades en este eje, Colombia y Chile, no se posicionan bien.

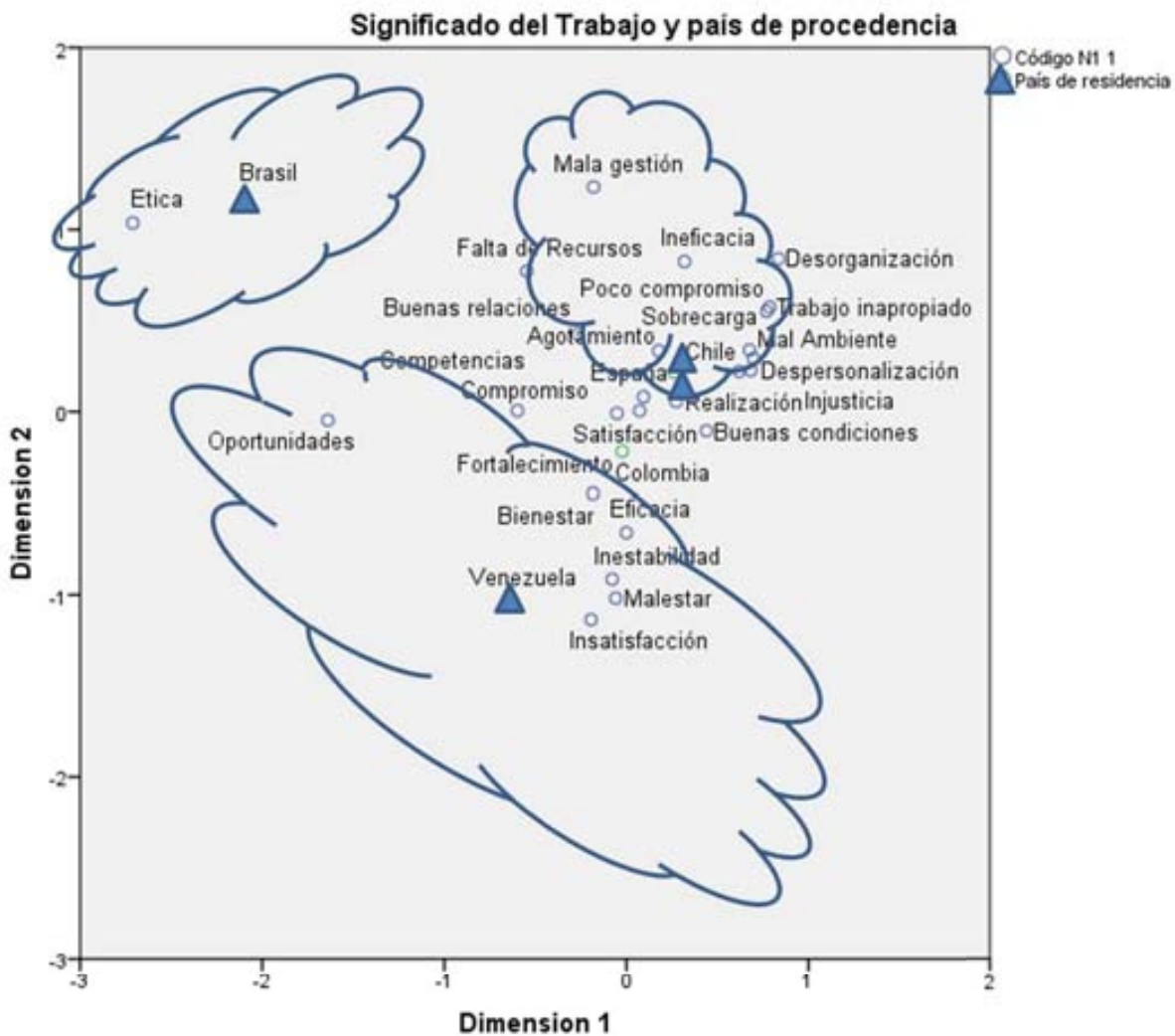
Para visualizar mejor la interpretación de la dimensión 2, se han situado sobre un eje las modalidades de las dos variables de acuerdo con sus coordenadas y contribuciones absolutas y relativas, véase la figura N° 23. En la figura se puede observar un polo conformado por las formas léxicas, como eficacia, insatisfacción, malestar, inestabilidad, que definen el significado del trabajo para los profesionales de la medicina; y otro polo, en el que se presenta un significado asociado a mala gestión, ineficacia, ética.

Figura N° 23. Representación grafica dimensión 2 significado del trabajo por países



En Figura N° 24, se presenta la proyección de las modalidades de las dos variables, significado del trabajo y los países del estudio, a partir el espacio definido por los dos primeros ejes factoriales. En este sentido, la configuración del significado del trabajo para los profesionales de Brasil está asociada con la ética. En el caso de Venezuela se definiría por insatisfacción, malestar, inestabilidad, eficacia, oportunidades, competencias. Mientras el significado para aquellos profesionales de los países Chile y España estaría asociado a sobrecarga, trabajo inapropiado e ineficacia.

Figura N° 24. Gráfico del significado del trabajo por países



Análisis del Significado del Trabajo por Países

El análisis factorial de correspondencias del significado del trabajo en función del país del profesional de la medicina permite ver que si existe una relación entre país y significado dado al trabajo. La configuración del significado del trabajo para los profesionales de la medicina de Venezuela está conformada por dos visiones, una que ve el trabajo relacionado con aspectos del eje de bienestar como: *eficacia, productividad, efectividad, eficiencia, calidad, emprendimiento, excelencia, logro, meta, servicio, utilidad, confianza, armonía, proactividad, actuación, trabajo interdisciplinario, mejora y cambio*; y otra visión que le otorga un significado alrededor del eje de malestar, para el cual el trabajo sería *insatisfacción, desilusión, malestar, tristeza, impotencia, confusión, pésimo, miedo, amenaza, consuelo, problemas, enfermedad, inestabilidad, inseguridad o precariedad*. La visión dual del grupo de venezolanos puede deberse a las características de la muestra que participó en el estudio, en la que se combinaron un grupo de profesionales recién graduados con otro de larga experiencia y las implicaciones que se derivan de los lugares donde se aplicó la encuesta, centros nuevos junto con otros centros de salud consolidados, con las derivaciones de deterioro en las condiciones de trabajo.

El grupo de empleados pertenecientes a Brasil asocia el trabajo con aspectos del eje de bienestar como son *la ética, las oportunidades, conciliación, diversidad, formación, prevención, competencias, competitividad, conocimiento, sabiduría, conciencia, experiencia, madurez, especialización, ingenio*. En el caso de la muestra de Brasil este resultado tan inclinado hacia el eje de bienestar, que puede deberse a lo limitado de la muestra que formó parte del estudio.

Finalmente encontramos el grupo de profesionales de la medicina de España y Chile, que tendrían un significado del trabajo asociado en su mayoría con aspectos de eje de malestar, como son *sobrecarga, dureza, sacrificio, trabajo inapropiado, aburrimiento, inercia, trabajo diario, ineficacia, incompetencia, infravaloración y mala gestión, planta deficiente, falta de perspectiva, burocracia, politización, rigidez*. Esto podría tener su explicación en la existencia de modelos de desarrollo bastante similares, ya que los indicadores de desarrollo de Chile están más cercanos a los de los países desarrollados. También la implementación de modelos de gerencia del sector salud comunes, y en el caso particular de Chile, la implantación de un modelo privatizador de la medicina, altamente demandante para los empleados.

CAPÍTULO 6

Discusión

“Los médicos enfermos, acostumbrados a cruzar la carretera que separa el saber del tener la enfermedad, podemos aportar mucho a la enseñanza de cómo mejorar la relación entre médicos y pacientes. Si la experiencia de estar enfermos nos pertenece deberíamos ser capaces de compartirla con otras personas, porque, tarde o temprano, el tour de la vida nos conduce a todos a estar en el mismo y único lado de la carretera. Hoy por ti, mañana por mí.”

Dr. Albert Jovell, Presidente del Foro Español de Pacientes

***“La vida al otro lado de la carretera”. Diario Médico. 29
Octubre 2003***

Los resultados presentados aportan evidencia convergente acerca de los cambios sustantivos operados en el contexto iberoamericano contemporáneo y que afectan especialmente al modelo de profesión médica, al significado del trabajo médico y al profesionalismo médico.

El modelo de profesión médica

En el capítulo de resultados, se han descrito una serie de rasgos contemporáneos de la profesión y de los profesionales de la medicina, que integran elementos nuevos con rasgos de la tradición heredada. Precisamente uno de los rasgos más sobresalientes de la tradicional profesión médica es su **carácter carismático**. Weber (1922) concibe la autoridad carismática como la ejercida por una personalidad que está revestida de una cualidad considerada extraordinaria (de origen sobrenatural o sobrehumano) o al menos extracotidiana. En virtud de este atributo, quien lo posee puede ejercer de guía o líder, obteniendo respuestas de obediencia de quienes se lo reconocen. Para el sociólogo alemán, en su origen, las profesiones de carácter individual no solo tienen un origen religioso o mágico, sino que se distinguen por su particular sesgo *carismático*. Entre ellas, destaca la del “*médico*”, en cuyos rasgos identitarios figura la herencia de la tradición sacerdotal. A pesar de las crisis y cambios que trajo la (pos) modernidad, numerosas voces siguen hablando de la **persistencia del componente carismático en la figura del profesional de la medicina contemporáneo**. Coe (1970) da cuenta de cómo la autoridad carismática del médico permanece en la estructura de los hospitales en paralelo con la autoridad legal. Algo que Lázaro y Gracia (2006) observan fuera de las estructuras hospitalarias, en la misma sociedad:

Mientras que los sacerdotes de las religiones tradicionales han ido perdiendo influencia en unas sociedades cada vez más laicas y pluralistas, el médico ha ido asumiendo funciones que le confieren un nuevo tipo de rol sacerdotal, sociológicamente hablando. Los valores de virtud y pecado han ido perdiendo terreno, a la vez que lo han ganado los valores de salud y nocividad. Como consecuencia de ello puede decirse que el médico se ha ido convirtiendo en el nuevo sacerdote de la sociedad del bienestar.”

En el plano de los valores, la medicina es una profesión en cuyo seno se desarrolla una permanente tensión entre el lucro y el humanismo.

Desde la antigüedad y la Edad Media hasta la actualidad aparecen muestras de esta lucha eterna entre los valores hipocráticos y los mercantiles. En la propia Edad Media esta pugna se produjo entre congregaciones cristianas

empeñadas en dar servicios médicos a mendigos y vasallos y señores feudales tratando de evitarlo. La dicotomía de hospitales y hospicios para pobres y servicios médicos especiales para los más ricamente dotados ha llegado hasta hoy, en que manifiestos de organizaciones no gubernamentales, como *Médicos sin fronteras* (2012) defienden el derecho de los habitantes más pobres del planeta a la salud y a los medicamentos frente a grandes corporaciones económicas que insisten en poseer la exclusividad en la producción y comercialización de medicamentos para seguir explotando el negocio de la salud. En este contexto, el ethos médico también se debate entre una tendencia cultural caracterizada por reminiscencias aristocráticas, por un estilo paternalista en la relación médico paciente y por la ideología del prestigio social y la influencia de clase, por un lado, y otra de signo contrario con un marcado compromiso con la vida y la salud de todos los seres humanos por igual y con espíritu de servicio público. También se extienden estas contradicciones entre unas concepciones predominantemente fisiologistas y organicistas de la Salud concebida como un asunto individual y otras que enfatizan sus aspectos sociales, con sus correspondientes implicaciones para el ejercicio del rol médico.

A lo largo del estudio se ha tejido una historia en la que destacan esta multiplicidad de rasgos y facetas que configuran la profesión médica (Coe, 1970; Freidson, 1986), como un campo de fuerzas en cuyos polos figuran los valores del afán de lucro y el altruismo, un modelo científico de conocimiento y un modelo humanista de práctica profesional, modelos de atención con componentes burocráticos y mercantiles, de relación profesional-paciente, asistencia personalizada o desindividualizada, perfil médico con rasgos carismáticos y casi sacerdotales por un lado y de experticia profesional por otro, modelos de atención basados en la evidencia en tensión con otros que insisten en el manejo de la afectividad y la empatía, representación de la figura singular de cada practicante de la medicina en contraste con la de miembro de una institución colegiada en forma de corporación con influencia en los círculos sociales., etc.

El profesional de la medicina contemporáneo vive sus rutinas diarias entre *el ordenador y el paciente*, entre *las analíticas y el diálogo*. La práctica de la medicina ha experimentado fuertes cambios en sus procesos de ritualización (Horwitz, 2004; Pardell, 2004; 2009). El mundo del médico logró un vehículo de su trabajo en los ritos (la consulta, la exploración física, el trato médico paciente), competencias tangibles (la capacidad técnica general y especializada) y no tangibles (el *juicio médico*, el *ojo clínico*). Médicos de hoy insisten en que los rituales refuerzan las creencias del paciente y que tienen en sí un valor terapéutico (Jovell, 1999; Jovell y Navarro, 2006; Pardell, 2009), a pesar de la disminución del tiempo de

consulta y de las formas de interacción a lo largo de la misma. En este proceso de cambio, se ha ido metamorfoseando el significado que paciente y profesional de la medicina le dan a la relación asistencial médico-paciente. Se extinguen elementos ritualizados tradicionales por los que se regían estos encuentros de diálogo caracterizados por una relación de confianza y lazos de empatía.

Cada día esta relación médico-paciente, piedra angular de la profesión médica, está más mediatizada por factores administrativos, económicos, organizacionales, informáticos, técnicos y sociales hasta el punto en que el modelo tradicional está en vías de extinción. Esta relación está además mediatizada por la circunstancia del límite de los *7 minutos de gloria* en países como España y por los contextos de huelgas o del grado de disponibilidad de insumos para la atención primaria en países como Venezuela o Colombia. Casi nadie pone en cuestión la crisis actual del clásico contrato social con el paciente. Los resultados del estudio en los cambios de ritualización hacia procesos cada vez más superespecializados y protocolizados coinciden con los estudios etnográficos como los de Cruces (2006) en hospitales de Madrid.

Significado del trabajo médico

A la luz de los resultados expuestos, el significado del trabajo de los profesionales de la medicina iberoamericanos presenta una vertiente positiva y otra negativa: la primera aparece vinculada a aspectos satisfactorios, de realización y bienestar y la otra se relaciona con aspectos negativos que connotan frustración, insatisfacción y malestar.

Los resultados cuantitativos del cuestionario muestran una tendencia común a todas las categorías demográficas de la muestra hacia una **vivencia del propio trabajo marcada por una valoración relativamente positiva de las actuales condiciones materiales, técnicas y de clima social de trabajo en el propio centro**, valoración que también se presenta a la hora de evaluar el propio bienestar laboral, tanto en las escalas cuantitativas como en las respuestas textuales a las preguntas abiertas del cuestionario. Estos resultados son consistentes con los de otros estudios referidos a personal sanitario (Cervantes, Blanch y Hermoso, 2011) y a la población trabajadora en general (Drobnič, Beham & Präg, 2010).

Sin embargo, estos datos vienen matizados por la información cualitativa obtenida a través de las respuestas a las preguntas abiertas. Como

contrapeso de esta visión positiva (de bienestar), se dio también una amplia coincidencia a la hora de marcar como **tendencias negativas percibidas las relativas al incremento de la carga de trabajo y a la falta de tiempo para terminarlo o para hacerlo bien y al estado de malestar fisiológico y emocional que acompaña esta experiencia**. Tales resultados son consistentes con la panorámica dibujada por la literatura sobre *work overload* (Bawden y Robinson, 2008; Duxbury, Lyons y Higgins, 2008), sobre *intensificación del trabajo* en Europa (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2007; Gallie, 2005; Guevara, Henao, Herrera, 2004; Blanch, 2012), sobre el *burnout* en determinados grupos profesionales de riesgo en América Latina y España (Aranda, Pando, Aldrete, Salazar, Torres, 2004; Bernal et al, 2006; Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007). Estas observaciones inducen a pensar que la *sobrecarga de trabajo* constituye, desde un punto de vista epidemiológico, un *factor de estrés psicosocial* que debe ser oportunamente evaluado y prevenido. Y que, desde un punto de vista cultural, dan a pensar que **la vivencia de la sobrecarga está pasando a formar parte del componente central del significado del trabajo médico**, tanto de los profesionales españoles como de los latinoamericanos encuestados.

A pesar de la diversidad en cuanto a contextos sociales y a dinámicas de los procesos actuales de cambio de los sistemas de salud, **algo enlaza las crisis endémicas de los sistemas de salud de América Latina con los actuales procesos europeos de restricción de recursos para la sanidad, que actualmente vive de modo agudo el sistema sanitario español, que convierten este contexto en un caldo de cultivo de factores psicosociales del riesgo ocupacional**. Las diferencias en cuanto a significados del trabajo y a valoración de las condiciones laborales tienen algo de coyuntural y situacional. Por ejemplo, se puede hablar de escenarios económicos y sociopolíticos diferentes los que viven por una parte, los participantes españoles y por otra los venezolanos. Los primeros, con experiencia acumulada de trabajar en un sistema sanitario que ha sido considerado modélico por la calidad de los servicios que ha venido ofreciendo, aún con relativas limitaciones (Íñiguez-Rueda, Sánchez-Candamio, Sanz, Elías & Fusté, 2008) y que actualmente está sometido a un drástico proceso de reajuste presupuestario (un sistema vivido coyunturalmente como que va *de más a menos*). Por su parte, los participantes venezolanos comparten en su mayoría la experiencia de trabajar en centros recién estrenados. Estos profesionales, de media algo más jóvenes que el conjunto y con menos experiencia laboral que los demás, viven un proceso *de menos a más* que sin duda se hace notar en su percepción general de lo que significa trabajar en su profesión. Otra muestra de diversidad contextual viene dada por el hecho de que en Chile

prevalece un sistema de salud privatizado, mientras en Venezuela, Colombia y Brasil se combina un sistema público más o menos colapsado con un sistema privado que atiende a su clientela con otros medios. En España coexiste un potente sistema público con un sector privado que tiene su espacio y modelos mixtos en los que se combinan características de los anteriores sistemas.

Del análisis cualitativo del significado del trabajo se desprende esa gran **diversidad de los ambientes de trabajo**: así, los profesionales trabajando en centros de salud “nuevos” o con poco tiempo en la profesión tendieron a asociar el significado de su trabajo al eje del bienestar, la satisfacción y las buenas relaciones sociales; mientras por el extremo contrario, algunos profesionales de la medicina trabajando en hospitales en estado precario, destacaron aspectos de malestar.

Esta variabilidad entre países, entre generaciones y entre situaciones concretas suscita reservas a la hora de generalizar a esta diversidad de contextos unas conclusiones generales sobre significado del trabajo o sobre la crisis del profesionalismo. Sin embargo, por otra parte, se observa **una tendencia estructural de los profesionales médicos de ambos continentes a significar su trabajo en unos términos que incluyen (a) un componente de sobrecarga de tarea, vivida como fuente de malestar y de riesgo laboral; (b) una nostalgia de la profesión hipocrática y (c) la incorporación de elementos del propio contexto social inmediato en sus reflexiones sobre el significado del trabajo**

El significado del trabajo médico para los participantes en el estudio enfatiza los **efectos perversos de la primacía dada a los criterios mercantilistas** en la puesta en marcha de medidas de modernización de los sistemas sanitarios y de las mismas condiciones del trabajo médico. Este dato abunda en lo aportado por otras investigaciones (Evetts, 2009, 2012a; Thomas & Hewitt, 2011).

Los profesionales encuestados destacan como otro de los focos de las problemáticas concernientes a la práctica profesional de la medicina la **pérdida del vínculo personal, íntimo y de confianza con el paciente**, coincidiendo en ello también con los datos aportados por otros estudios (Smith, 2001; Edwards, Kornacki & Silversin, 2002; Horwitz, 2004). Esto concuerda con estudios hechos a los propios pacientes (Chandratilake, McAleer, Gibson & Roff, 2010) en los cuales demandan la necesidad de profesionales de la medicina confiables, responsables, que demuestren el interés en el paciente en espacios como la consulta médica.

Los participantes en la investigación expresan asimismo cierta **inquietud por la pérdida del estatus médico y preocupación por el prestigio de la profesión y por su imagen social**, coincidiendo también con constataciones de un estudio realizado con médicos de Barcelona (Rodríguez, 2004) en el cual los galenos manifestaron no haber logrado el estatus social que esperaban alcanzar en su época de estudiantes. En este estudio expresan también una frustración al respecto, al constatar que la realidad presente no se corresponde con sus expectativas iniciales de desarrollo de la carrera profesional. En el presente caso, los profesionales de la medicina encuestados manifiestan su preocupación por la imagen de la profesión y el **deterioro progresivo del rol altruista y humanitario en el acto médico**, otro de los aspectos que afecta un componente central del significado del trabajo y del profesionalismo médico, a diferencia de otros estudios (Fasce, Ortiz, Matus, Soto et al, 2009) en los cuales al definir el profesionalismo los participantes aluden a la excelencia, la empatía, la ética, pero el altruismo ocupa lugares secundarios.

Asociada a esta percepción de deterioro del rol humanista de la función médica, se presenta en los encuestados **una ambivalencia entre los imperativos de una formación profesional para una medicina orientada a la búsqueda de la objetividad y la evidencia por un lado y las exigencias de una praxis médica basada en la cercanía y la empatía en la relación con el paciente, arraigada en la tradición hipocrática por otro**. Este dato es consistente con otros que aportan Watt, Nettleton, Burrows (2008), según los cuales, el proceso de formación y socialización médica supone una experiencia “desconectada de las relaciones personales” y con poco espacio para la expresión y manejo de sentimientos o emociones, a pesar de que los pacientes siguen esperando una relación cálida y cercana en la práctica médica. Sin embargo son minoritarios los profesionales que se apuntan a una tendencia eminentemente fisiologista de la práctica médica, que aísla al paciente de su contexto, detectada en otros estudios hechos a profesionales de la medicina (Álvarez & Álvarez, 2011).

La nostalgia por el pasado de la profesión, identificada por otros estudios sobre profesionales de la medicina (Watt, Nettleton, Burrows, 2008; Castellani & Hafferty, 2006) también emerge de las respuestas de los encuestados. A diferencia de la mayoría de estudios, que presentan esta nostalgia como característica de los *profesionales senior*, que han vivido también otra época del ejercicio profesional (que normalmente caracterizan como más *familiar* en contraposición con el actual estilo más *empresarial*), en el presente estudio se manifiesta en miembros de todas las generaciones de profesionales de la medicina. En ella se hace patente este sentimiento de pérdida de algo bueno de un pasado que se fue, caracterizado por mayor disponibilidad de tiempo para escuchar al paciente y para conocerlo y

acompañarlo mejor, pero también para compartir de modo informal con los compañeros de trabajo, reforzándose así unos vínculos sociales actualmente amenazados precisamente por esta escasez de tiempo para mantenerlos y reforzarlos.

Un componente central de la aportación de esta tesis es la información generada mediante la técnica del *análisis de correspondencias*. Su aplicación incluye una parte de dispositivo metodológico y otra de producto elaborado. A medio camino entre estos extremos se sitúan el proceso previo de *categorización* para el análisis textual y especialmente la inclusión del *Diccionario de Engagement-Burnout*, con el que al tiempo se trata de integrar metodológicamente dos modelos teóricos de cara a la organización de unos resultados en el plano empírico. La construcción del diccionario se inspiró en la literatura especializada en las teorías sobre el Burnout (Maslach y Jackson, 1981; Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001), de Bienestar y Engagement (Salanova y Llorens, 2008; Salanova y Schaufeli, 2009) y en investigaciones que relacionan el Engagement y el Burnout (Schaufeli, Martínez, Marques-Pinto, Salanova & Bakker, 2002; Schaufeli, Salanova, González-Roma & Bakker, 2001; Bakker, Rodríguez-Muñoz & Derks, 2012), basadas en el *modelo de Demandas- Recursos*, que se acercan a una perspectiva integrada y sirvieron de inspiración para la categorización efectuada.

Del **Análisis de Correspondencias de significado del trabajo por carga percibida de trabajo**, se desprende que el grupo de profesionales que declara que **le falta tiempo para su trabajo** asocia su experiencia laboral a palabras agrupadas en factores estrechamente vinculados al **eje malestar-burnout**. Entre ellas figuran en primer lugar un bloque conformado por términos como *frustración, tristeza, impotencia, resignación, conformidad, confusión, pésimo, miedo, amenaza, consuelo, problemas, enfermedad*. Junto a este bloque, aparece otro referido a *falta de recursos* disponibles, que incluye palabras y expresiones como *limitación, mala retribución, baja remuneración, pobreza y bajo reconocimiento*. Y finalmente otro conglomerado de términos más estrechamente relacionados con la experiencia del burnout, entre los que se incluyen los de *agotamiento, burnout, desgaste emocional, ansiedad y preocupación*. En este polo aparecen también con escasa frecuencia algunas otras formas léxicas como *oportunidades y fortalecimiento* cuyo encaje teórico en el polo negativo resulta más difícil de interpretar como no sea que las personas que los invocan vivan su crisis como una oportunidad para crecer y fortalecerse. Estos resultados coinciden en términos generales con las predicciones de las teorías del *burnout* (Gil-Monte & Moreno, 2007), así como con los modelos explicativos de los mecanismos de su producción, como el *The*

Job Demands-Resources (Bakker & Demerouti, 2007). Desde esta perspectiva, **la falta del recurso tiempo constituye un factor de riesgo psicosocial del síndrome de quemarse por el trabajo y ciertamente de malestar laboral.**

Por el contrario, el colectivo de profesionales de la medicina que declara que **no le falta tiempo para hacer su trabajo**, se divide en dos subgrupos. Uno de ellos, tiende a representar su experiencia de trabajo en términos negativos, como *aburrimento, inercia, monotonía, desafección, desmotivación, egoísmo, conveniencia, individualidad, poca estimulación*. El otro grupo asocia su trabajo a aspectos del eje bienestar como *buenas condiciones, reconocimiento, remuneración, seguridad, autonomía, ética, organización, flexibilidad, honestidad y moralidad*. Si bien las respuestas de este segundo subgrupo encajan con el marco teórico asumido, las del primero merecen un estudio más profundo de los contextos de realización de un trabajo valorado negativamente.

El análisis de Correspondencias del **significado del trabajo** por los **cuartiles** construidos sobre la base de la distribución de las medias en **bienestar laboral** general dio lugar a las siguientes constataciones: Los encuestados que resultaron incluidos en el cuartil Malestar, concibieron su experiencia de trabajo como asociada a aspectos del eje malestar: mala gestión (*planta deficiente, falta de perspectiva, burocracia, politización, rigidez*); sobrecarga (*trabajo pendiente, trabajo abrumador, dureza, sacrificio*), agotamiento (*burnout, desgaste emocional, ansiedad, preocupación*), ineficacia (*incompetencia, inutilidad, infravaloración*) e insatisfacción (*desilusión*). Estos resultados son consistentes con lo previsible sobre la base de las teorías del *burnout* (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte & Moreno, 2007), que inducen a pensar que la experiencia laboral de quienes muestran las puntuaciones más bajas en bienestar es vivida como frustrante, agotadora y desgastante.

Por el extremo contrario, la visión de la experiencia del trabajo de quienes se encuentran en el cuartil del Bienestar, se expresa coherentemente en términos positivos referidos tanto a aspectos intrínsecos como extrínsecos del trabajo: buenas condiciones (*reconocimiento, remuneración, seguridad, autonomía, organización, flexibilidad*) y realización (*entretenimiento, experiencia óptima, desarrollo, enriquecimiento, progreso, orgullo, autoestima*). Estos datos son consistentes con lo esperable a partir de las teorías de la *psicología de la salud ocupacional* positiva (Salanova, 2009; Salanova & Schaufeli, 2009).

Los resultados del análisis de Correspondencias de Significado del trabajo por **países** mostraron diferencias de configuraciones según país: (a) un

significado del trabajo dual para los venezolanos, lo cual se debe a varios factores explicativos como la heterogeneidad de la muestra, la combinación de lugares de trabajo muy nuevos con otros ya viejos, y las contradicciones entre lo que significa la alegría de ejercer la profesión con el malestar de las condiciones y precariedad laborales.

En el caso de Brasil es difícil hacer inferencias, debido a lo limitado del número de participantes, así que el resultado centrado en un significado asociado al eje de bienestar y al trabajo como *oportunidades, conciliación, diversidad, formación, prevención, competencias, competitividad, conocimiento, sabiduría, conciencia, experiencia, madurez, especialización, ingenio*; tiene que ver con la satisfacción por el ejercicio profesional de la medicina, más allá de las condiciones críticas de ejercicio reflejadas en el estudio cualitativo.

Por su parte, los profesionales de la medicina de España y Chile asocian especialmente el significado de su práctica profesional a aspectos del eje de malestar, como *sobrecarga, dureza, sacrificio, trabajo inapropiado, aburrimiento, inercia, trabajo diario, ineficacia, incompetencia, infravaloración y mala gestión, planta deficiente, falta de perspectiva, burocracia, politización y rigidez*. Este significado del trabajo puede guardar relación con las características de los modelos de organización y gestión sanitaria establecidos en estos países, muy focalizados en resultados y en la lógica de la eficiencia.

Profesionalismo médico

Si bien el profesionalismo tiene el riesgo de convertirse en una “ideología con un contenido vacío” (Irigoyen, 2011), la crisis del profesionalismo tiene la potencialidad de significar el despertar, la toma de consciencia de parte de los profesionales de la medicina de las contradicciones e incongruencias que generan las condiciones del entorno sobre su ejercicio profesional. Como se constata en los resultados y en coincidencia con otras investigaciones (Wagner, Hendrich, Moseley, Hudson, 2007), aspectos como la justicia social, que forman parte de los principios del profesionalismo, no surgen como preocupaciones cuando hablan de su práctica profesional, lo cual se atribuye al peso determinante de otros factores como las presiones laborales, sociales y económicas en el desarrollo profesional de los encuestados.

No siendo un constructo nuevo, sino el producto de una historia larga a partir de sus raíces histórico-sociológicas así como filosóficas por el lado de la ética, algunos principios de ideario profesional que intentan rescatar los profesionales en su práctica médica son contribuciones orientadas al rescate del rol originario del “*sanador*”, perfil cercano, íntimo que se vive con nostalgia. Las implicaciones del nuevo contrato social que se intenta reconstruir a través del profesionalismo médico son muy amplias, no solo es el rescate de los valores éticos, de responsabilidad y confianza con el paciente; también pueden tener mayores implicaciones sociales, al exigir la desobediencia a leyes que van en contra de los principios hipocráticos o establecer nuevas formas de resistencia ante las presiones economicistas de los modelos adoptados y restablecer un lugar relevante al paciente.

Los principios del profesional médico inspirados en los orígenes del sanador (Cruess & Cruess, 2000; Cruess, Cruess & Johnson, 2000) más que en los del funcionario exigen el respeto a los valores humanistas y la superación de la nostalgia, con el fin de retomar los principios del oficio médico, la atención desinteresada, la relación empática con el paciente, el dialogo sobre sus experiencias y su vida.

Reflexión integrada sobre los resultados del estudio

- En general, los datos numéricos relativos a la puntuación cuantitativa de las diversas dimensiones de las condiciones de trabajo y del bienestar laboral reflejan una valoración moderadamente positiva de las mismas. Por su parte, las respuestas textuales a las preguntas abiertas refuerzan, matizan, complementan e incluso corrigen aquellas estimaciones numéricas, al tiempo que aportan claves para la comprensión de la ambivalencia manifestada por los encuestados ante su trabajo y su experiencia laboral: por un lado los participantes se muestran aceptablemente satisfechos del conjunto de sus condiciones materiales, técnicas y sociales de trabajo y por otro expresan sus críticas con respecto a aspectos indeseables de las mismas, entre los que sobresalen los relativos a carga y tiempo de trabajo, condiciones de trabajo en general, remuneración y falta de insumos.

- En la alta valoración del ambiente social de trabajo convergen por un lado los datos aportados por las respuestas cuantitativas a las escalas relacionadas con las condiciones de trabajo y, por otro, la información obtenida a partir de las respuestas textuales a las preguntas abiertas del cuestionario. Además, en la mayoría de los países, los participantes no sólo declaran la relevancia que atribuyen a las interacciones sociales de trabajo, sino que además afirman lamentar la pérdida de espacios y de tiempos disponibles para compartir con colegas de trabajo.

-Aparecieron **discrepancias entre los patrones surgidos del análisis textual**, previo al análisis de correspondencias, **y los derivados del análisis de contenido cualitativo**. En los patrones del análisis textual, emergió un significado del trabajo en su mayor parte vinculado con el eje del bienestar. En cambio, los resultados del análisis de contenido, si bien muestran también significados asociados a la satisfacción, la realización o el bienestar, en su mayor parte guardan relación con el eje malestar, frustración, sobrecarga y cinismo.

-La puntuación numérica de los valores incluidos en la escala de **cultura de negocio** son moderadamente altos. Tanto como la que se da a los valores de la escala de **cultura de servicio**. Este aparente empate técnico numérico entre dos concepciones de signo en parte contrapuesto queda matizado por los resultados del análisis de contenido de las respuestas textuales, donde los encuestados se muestran críticos con respecto a los procesos de empearización de la profesión, contra las políticas que la deshumanizan y contra la planificación de los servicios que prioriza los

objetivos mercantiles sobre los médico-sanitarios. Estos resultados también se corresponden con los dilemas reflejados en el análisis de contenido, en el que claramente se reflejó la contradicción entre la ética médica y la que subyace a algunas tareas que deben desempeñar los profesionales.

-Las respuestas dadas a la pregunta abierta sobre si *falta, basta o sobra tiempo para hacer el trabajo* indican **que la mayoría del grupo se siente sobrecargada de trabajo y con poco tiempo disponible**; lo cual es consistente con otras respuestas dadas sobre *lo que va mejorando o empeorando* en las propias condiciones de trabajo, en las que los participantes suelen comentar su frustración al tener que cumplir con objetivos que les impiden dedicarle el tiempo necesario al trabajo bien hecho.

-El significado del **trabajo** aparece con connotaciones mayoritariamente positivas (satisfacción, realización, eficacia, etc.), asociadas al eje bienestar. Por otra parte, las connotaciones negativas de la labor médica, asociadas al eje malestar, parecen más bien referirse a las condiciones (presión asistencial, circunstancias temporales, contractuales, de carga de trabajo, etc.) de ejercicio de la **profesión**. Esta aparente contradicción puede resolverse si se concibe el trabajo como un valor central para la persona, mientras que el ejercicio de la profesión representa más bien una forma de concreción específica del trabajo. Algo similar a lo que detectó O'Toole (1983) en su estudio sobre *Work in America*, donde constató que sus compatriotas norteamericanos se mostraban altamente satisfechos por el hecho "*trabajar*" (*working*) independientemente del grado de satisfacción que les proporcionara su "*empleo*" (*job*) concreto, que normalmente era bastante baja.

CONCLUSIONES

La profesión médica es un proceso y un producto histórico que ha ido configurándose en función de las circunstancias de tiempo y lugar. A lo largo de su desarrollo, se ha vertebrado en torno a unos ejes centrales constituidos por los modelos imperantes de ser humano, de organismo, de salud y de enfermedad.

La historia de la medicina como disciplina y como profesión está marcada por una sucesión de paradigmas y atravesada por unas líneas de tensión de poder-saber que han determinado las formas de relación entre medicina y sociedad, así como los modelos de interacción profesional de la salud-persona paciente.

Entre los ejes axiológicos bipolares por los que ha discurrido a lo largo de las generaciones el permanente debate identitario sobre el ser y sobre el deber ser de la medicina y de la profesión médica figuran los de altruismo versus mercantilismo y de servicio público, gratuito y universal versus asistencia privada, de pago e individual. Otro de ellos gira sobre el modo de articulación de lo que la praxis médica incluye de ciencia y de arte, de técnica y de humanismo.

La época actual no sólo no escapa a estos motivos de reflexión y de discusión sino que los intensifica y amplifica, por la aceleración de los cambios contemporáneos en los planos económico, científico, técnico, sociopolítico, ideológico y cultural. La manera de pensar y de ejercer la profesión médica está influenciada por las megatendencias globalizadoras, las tecnologías de la información y de la comunicación, la nueva cultura impulsada por internet y los nuevos paradigmas de organización y de gestión del trabajo en general y del trabajo médico en particular, implantados en un contexto de hegemonía neoliberal. También lo está por las nuevas oportunidades, desafíos y amenazas que plantea el progreso científico y técnico aplicado al campo de la salud, por el nuevo orden sanitario emergente, por la irrupción del mercado y la relativa retirada del Estado en el “negocio de la salud”, por el nuevo papel de actores de primer orden que desempeñan las corporaciones multinacionales farmacéuticas y sus alianzas con las de los seguros de vida y de salud y por la transformación progresiva del estatus del *paciente* dócil y obediente al del *cliente* exigente e “informado” (por google).

Todo ello está generando cambios sustantivos en las condiciones de trabajo de los profesionales de la medicina, que afectan no solamente a los protocolos, rutinas y rituales del trabajo médico, en cuanto a escenarios espaciales y temporales, materiales y técnicos, sociales y culturales; sino también a la vivencia profunda del ejercicio profesional y en definitiva a la permanente construcción de la subjetividad médica.

Este contexto cambiante y este proceso de tensiones y reajustes en las formas de pensar, sentir y actuar de los profesionales de la medicina es lo que se transparenta a través del estudio empírico expuesto a lo largo de esta tesis. El panorama dibujado por los participantes en esta investigación refleja y ejemplifica lo que el momento actual de la profesión médica conlleva de vértigo, motivación, satisfacción, perplejidad, contradicción y pluralidad de perspectivas y vivencias, todo ello ampliado por la diversidad de los entornos sociopolíticos, económicos y culturales de los países donde se llevó a cabo la investigación.

Las nuevas condiciones descritas del trabajo médico determinan la forma como los profesionales de la medicina encuestados conciben y significan su trabajo. En general, los participantes describen su experiencia de trabajo en términos positivos, satisfactorios y de bienestar por medio de las puntuaciones cuantitativas de los ítems de las escalas sobre condiciones de trabajo y bienestar laboral. Sin embargo, esta visión aparece revisada, contrapesada y matizada a través de las expresiones cualitativas de respuestas textuales a preguntas abiertas del cuestionario aplicado, que enfatizan más bien los aspectos problemáticos, negativos y de malestar de la propia vivencia laboral y profesional.

En general, la información recogida da una idea de la naturaleza de la actual crisis del profesionalismo médico, en la que sobresalen las siguientes características:

-Inquietudes por las propias condiciones laborales (calidad y estabilidad contractual, nivel salarial, plan de carrera, oportunidades de participación, de formación y de promoción, etc.); lo cual contribuye a que numerosos profesionales de la medicina en situación de precariedad laboral desenfocuen el lugar privilegiado que ocupa (debe ocupar) el paciente y su salud en sus preocupaciones cotidianas.

-Tensiones y conflictos latentes o manifiestos entre imposiciones gerenciales en un régimen de empresa mercantil y criterios éticos arraigados en la conciencia personal y profesional.

-Esfuerzo por el cumplimiento del contrato social con el paciente, en contextos de deficiencia y precariedad de los recursos humanos, técnicos y materiales disponibles en sistemas públicos de salud al borde del colapso en algunos países.

-Intentos de combinar las dosis adecuadas de tecnología y humanidad que repercutan positivamente en la calidad del trato con el paciente.

-Compromiso cotidianamente renovado de sobrellevar una habitual sobrecarga de trabajo compatible en lo posible con la preservación de la propia salud física y psicológica de cada profesional expuesto al riesgo de burnout.

El panorama descrito y los aspectos subrayados del mismo dan una idea de los aspectos positivos que conviene reforzar y promover en las condiciones contractuales, materiales, técnicas, sociales y organizacionales del trabajo médico y también de aquellos elementos de estas condiciones de trabajo que constituyen factores de riesgo psicosocial y sobre los cuales cabe centrar las oportunas y urgentes políticas preventivas.

Este estudio aporta nuevas evidencias acerca de la estrecha relación entre las condiciones de trabajo y el bienestar laboral de los profesionales de la medicina y también entre el cambio sociohistórico en las condiciones del trabajo médico y el modo como los profesionales confieren significado a su trabajo y a su profesión.

Una de las características del estudio empírico realizado es su carácter internacional iberoamericano; lo cual por una parte puede aparecer como una fortaleza del mismo, pero por otra es una de sus limitaciones: la atención a los aspectos transversales y comunes a los diferentes países impidió profundizar en los aspectos idiosincráticos de cada uno de ellos.

Podría ser considerada un punto fuerte de este estudio el haber accedido a un total de más 300 profesionales de la medicina de 5 países diferentes, sin usar ningún tipo de apoyos institucionales para contactar con los mismos desde dentro y desde arriba de sus centros de trabajo (se excluyó esta opción para garantizar al máximo la libertad y voluntariedad de la participación). Máxime cuando los participantes dedicaron muchos minutos de su escaso tiempo disponible a una investigación cuyo planteamiento podía eventualmente interesarles, pero con cuyos promotores no les unía ningún tipo de vínculo formal. El carácter voluntario de su participación y las dificultades objetivas de acceso individualizado a los mismos (excluido el proceso de *mailing*, por la previsible muy baja tasa de respuesta) determinaron el carácter del muestreo de conveniencia aplicado, que se procuró compensar aplicando criterios de *representatividad teórica*. Pero otra vez, desde otra perspectiva, se podría considerar también una limitación del estudio la carencia de representatividad estadística del colectivo participante con respecto a la población de referencia.

-La investigación combinó múltiples técnicas (cualitativas y cuantitativas) de recogida y procesamiento de la información: análisis documental, análisis de contenido, análisis estadístico descriptivo y análisis de

correspondencias. La experiencia de esta aplicación combinada puso de manifiesto la mutua complementación de las aportaciones respectivas de cada técnica y las sinergias positivas que derivaron de esta aplicación conjunta. Una vez más, esta opción puede ser valorada como un mérito o como expresión de un eclecticismo innecesario.

-El estudio trató desde un principio de articular una perspectiva interdisciplinar (esta tesis ha sido realizada por una socióloga, bajo la dirección de un psicólogo social, tratando sobre la profesión médica), con especial énfasis en la dimensión psicosocial, que se pone de relieve en el foco de la investigación: la relación entre condiciones de trabajo y significados del mismo

-Se ha procurado desarrollar una investigación orientada por la teoría. Una muestra de ello la constituye el diccionario de Engagement- Burnout, construido para el análisis de correspondencias y que permitió integrar metodológicamente dos modelos teóricos que se complementan mutuamente, abarcando la totalidad de un campo de observación.

Agenda para la investigación futura

La presente investigación arrancó de unas cuestiones surgidas en el marco del proyecto de investigación del proyecto *Kofarips*, actualmente continuado a través del *Wonpum*: en el contexto de un *focus group* centrado en el estudio de aspectos concretos de la relación condiciones de trabajo – bienestar (y más concretamente: de la sobrecarga de trabajo como circunstancia de riesgo de burnout), en el que participó personal médico y de enfermería, emergió del debate grupal el tema de los dilemas éticos que afronta cotidianamente el profesional de la medicina y que parecen trascender el estricto campo de los *conflictos de rol*; al conectar lo profesional con lo ideológico. Según salió a relucir en la sesión del grupo focal, ante determinadas situaciones conflictivas, independientemente de su carga de trabajo y de la calidad de su contrato, el profesional se cuestiona el significado de su trabajo, se pregunta por el sentido de su profesión y trata reajustar su sistema de valores y normas profesionales a las demandas situacionales que trata de afrontar.

A lo largo de este estudio, el tema del profesionalismo (médico) ha ido adquiriendo centralidad y mostrando los desafíos que plantea para el conjunto de las ciencias del trabajo. El *profesionalismo* y los debates en torno al mismo conectan por una parte con las complejidades, conflictos y contradicciones cotidianos del trabajo médico. Es un constructo estrechamente relacionado con los de ética y deontología profesionales, a los que en parte desborda y trasciende. Queda por estudiar con profundidad la articulación del profesionalismo con otros constructos del campo psicosocial y sociolaboral como el significado del trabajo y la identidad laboral.

En esta línea, entre los desafíos que debe afrontar la sociología del siglo XXI, Evetts (2012a, 2012b) señala el estudio del profesionalismo. A ese respecto, y desde la perspectiva adquirida a lo largo de esta investigación, entre los campos a explorar pueden figurar los siguientes: (a) la articulación del profesionalismo médico con el significado del trabajo para los profesionales de la medicina, (b) la relación entre el cambio en las profesiones y el profesionalismo, (c) la recíproca retroalimentación entre ética profesional y profesionalismo médico, (d) la redefinición del perfil profesional del oficio médico a la luz del nuevo concepto de salud integral, positiva y para todos (OMS, 2012).

REFERENCIAS

- Abbott, A. (1988). *The system of professions*. London: The University of Chicago Press.
- Academia Chilena De Medicina. Comité de Educación Superior. (2009). Situación actual de la Educación Médica en Chile. *Revista Médica de Chile*, 137(5), 709-712.
- Acevedo Rodríguez, C. (2011). Precarización laboral y legitimación del modelo económico y político. Iquique-Chile, como caso de estudio. *Gaceta Laboral*, 17(1), 31-61.
- Aedo, C. (2000). Las reformas de la salud en Chile. En Larraín, F. & Vergara, R. *La Transformación económica de Chile*. Santiago: CEP.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2003). *Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2007). *Riesgos emergentes*. Observatorio Europeo de Riesgos. <http://www.osha.europa.eu>.
- Agudo, A. (2012, 29 de abril). La crisis no deja tirados a los 'sin papeles' en Francia, Italia o Portugal. El País. Tomado de la dirección http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/04/29/actualidad/1335726253_963867.html
- Agulló, E. (1998). La centralidad del trabajo en el proceso de construcción de la identidad de los jóvenes: una aproximación psicosocial. *Psicothema*, 10(1), 153-165.
- Agulló, E., Alvaro, J. L., Garrido, A., Medina, R. y Schweiger, I. (Eds.) (2012). *Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad*. Oviedo: Ediuno.
- Ahumada, C. (1998). Política Social y Reforma de Salud en Colombia. *Papel Político*, 7, 9-35.
- Alcaraz, M. & Salager-Meyer, F. (2002). Género y crítica en la prosa médica escrita en español: Función comunicativa y relación de poder. *Hermes*, 29, 162-186
- Aldunate, C., Ansoleaga, E., Artaza, O., Arteaga, O.; Caravantes, R., Barria, M., Doniez, V., Durán, G., Fuentes, L. Godoy, L. Paéz, A., Rosales, C. Sepúlveda, H., Stecher, A., Toro, J. P., Zanga, R. (2012). *El contexto de las reformas y la calidad de vida laboral en salud*. Santiago de Chile: OPS-UDP (en prensa)

- Almeida, N. y Silva, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos de Medicina Social*, 75, 5-30.
- Álvarez, A., Arce, M.A., Barrios, A. y Sánchez de Coll, A. (2005). Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de corrientes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*. 141, 27-30
- Álvarez, J. y Álvarez, G. (2011). Las percepciones sobre la práctica médica en la región fronteriza de Chiapas. *Andamios. Revista de Investigación Social*, 8(16), 287-321
- Álvaro, J. L. (1992). *Desempleo y bienestar psicológico*. Madrid: Siglo XXI.
- Amezcuca, M. & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 423-436.
- Anderson, S. & Rodin, J. (1989). Is Bad News Always Bad?: Cue and Feedback Effects on Intrinsic Motivation. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 449–467.
- Andréu, J. (2002). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces.
- Anía, L., Asenjo, G.M. y Suárez, A. (2002). Los verdaderos símbolos de la medicina: la serpiente y el bastón de Asclepio, pero no el caduceo. *Medicina Clínica*, 119(9), 336-338.
- Ansoleaga, E., Toro, J., Godoy, L., Stecher, A., Blanch, J.M. (2011). Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. *Revista Médica de Chile*, 139(9), 1185-1191
- Antúnes, R. (2000). La centralidad del trabajo hoy. *Papeles de población*, 25, 83-96.
- Applebaum, H. (1992). *The Concept of Work: Ancient, Medieval and Modern*. Albany: State University of New York Press.
- Aranda, C., Pando M., Aldrete, M.G., Salazar, J.G. y Torres, T.M. (2004). Síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social Guadalajara México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(2)
- Ardichvili, A. (2009). The Relationship between Meaning of Working and Socioeconomic Transformations: The Case of Post-Communist Russia. *Advances in Developing Human Resources*, 11(2), 218-235

- Ardichvili, A. & Kuchinke, K. P. (2009). International Perspectives on the Meanings of Work and Working: Current Research and Theory. *Advances in Developing Human Resources*, 11(2), 155-167
- Arendt, H. (1958). *La condición humana*. Buenos Aires: Paidós. 2005.
- Arriagada, I., Aranda, V.; Miranda, F. (2005). *Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Askham, J. & Chisholm, A. (2006). *Patient-Centred Medical Professionalism: Towards an agenda for research and action*. Oxford: Picker Institute Europe
- Asociación Médica Mundial. *Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial*. (1948) Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM. Ginebra: AMM
- Aubia, J. (2000). Las Organizaciones Profesionales Médicas en España desde la Perspectiva de La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Lops). *En Oriol y Pardell (2000). La profesión médica. Los retos del milenio*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas.
- Avilés, R. y Lobo, A. (2010). La justificación de las políticas de salud pública desde la ética y la eficiencia económica. *Gaceta Sanitaria*, 24 (Supl.1), 120-127.
- Baghban, I., Malekiha, M. & Fatehizade, M. (2010). The relationship between work-family conflict and the level of self-efficacy in female nurses in Alzahra Hospital. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 15(4).
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakker, A., Rodríguez-Muñoz, A. & Derks, D. (2012). La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva. *Psicothema*, 24(1), 66-72
- Ballesteros, A. (2005). La noción beruf en la sociología de Max Weber y su inserción en la sociología de las profesiones. *Sociológica*, 59, 61-91.
- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2000). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa.

- Bawden, D. & Robinson, L. (2008). The dark side of information: overload, anxiety and other paradoxes and pathologies. *Journal of Information Science*, 35(2), 180-191.
- Becerril-Monteiko, V., Medina, G. y Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México*, 53(2), S120-S131.
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J. y Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53(2), S132-S143.
- Beck, U. y Beck, E. (2003). *La individualización*. Barcelona: Paidós.
- Beck, U. (1999). *Un nuevo mundo feliz*. Barcelona: Paidós.
- Beck, U. (1992). *La Sociedad del Riesgo: hacia una nueva Modernidad*. Barcelona: Paidós. 1998.
- Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo XXI
- Beck, U. (1999). *Un nuevo mundo feliz. La precariedad del trabajo en la era de la globalización*. Barcelona: Paidós.
- Becker, L. (1980). The Obligation to Work. *Ethics*, 91(1), 35-49
- Bell, D. & Blanchflower, D. (2010). UK unemployment in the Great Recession. *National Institute Economic Review*, 214, 3-25.
- Bernal, J., Ferrer, M., Palma, C., Ger, S., Domènech, M., Gutiérrez, I. y Cebrià, J. (2006). Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome del burnout. *Anales de psicología*, 22(1), 45-51
- Bethelmy, L. y Guarino, L. (2008). Estrés laboral, afrontamiento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 43-58
- Bisquerra, R. (1989). *Introducción conceptual al análisis multivariante*. Barcelona: Promociones y publicaciones universitarias.
- Blanch, J. M. (1990). *Del viejo al nuevo paro. Un análisis psicológico y social*. Barcelona: Biblioteca Universitaria de Ciencias Sociales.
- Blanch, J. M. (2001). Empleo y desempleo: ¿viejos conceptos en nuevos contextos? En Agulló, E. y Ovejero, A. (Coords.). *Trabajo, individuo y sociedad. Perspectivas psicosociológicas sobre el futuro del trabajo*. (27-48). Madrid: Pirámide.
- Blanch, J. M. (Coord.). (2003). *Teoría de las Relaciones Laborales*. Vol. 1: *Fundamentos*. Vol 2: *Desafíos*. Barcelona: Editorial UOC.
- Blanch, J.M. (2005). Estudio de calidad de vida laboral en el subempleo. En: Romay J., Salgado J., Romani, M., y Robla, D. (Comps.).

Psicología de las organizaciones, del trabajo, y recursos humanos y de la salud. (79-87). Madrid. Biblioteca Nueva.

- Blanch, J.M. (2006a). El Trabajo como valor en las sociedades humanas. En: Garrido A. (Coord.). *Sociopsicología del Trabajo.* (57-98). Barcelona: Editorial UOC.
- Blanch, J. M. (2006b). Estudio internacional sobre la calidad de la experiencia laboral en el capitalismo flexible. En Díaz, X., CEM (Comp.). *Trabajo, identidad y vínculo social.* Santiago de Chile: CEM, UDP
- Blanch, J. M. (2007). Psicología Social del Trabajo. En Aguilar, M. & Reid, A. (Coords.). *Tratado de Psicología Social. Perspectivas Socioculturales.* (210-238.). México -Barcelona: Anthropos – UAM.
- Blanch, J.M. (2008). *La doble cara (organizacional y personal) de la flexibilización del trabajo, desafíos, responsabilidad y agenda de la psicología del trabajo y de la organización.* Universidad de Manizales. Disponible en: http://umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectiva_psicologia/html/revistas_contenido/revista11/Ladoblecara.pdf. Fecha de Consulta: 10.07.2010.
- Blanch, J. M. (2011a). Un instrumento para la evaluación de las condiciones psicosociales de trabajo. A tool to assess psychosocial conditions at work. *Salud (i) Ciencia*, 18(2), 164.
- Blanch, J. M. (2011b). *Condiciones de Trabajo y Riesgos Psicosociales bajo la Nueva Gestión. Formación Continuada a Distancia.* FOCAD. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España.
- Blanch, J. M. (2012). Trabajar y Bienestar. In Blanch, J. M. (Coord.). *Teoría de las Relaciones Laborales.* (4-101). Barcelona: UOC. (e. p)
- Blanch, J. M. y Cantera, L. (2008). Subjetivación del trabajo en el capitalismo flexible. En Mendes, A. M. (Ed.). *Trabalho e Saúde. O sujeito entre emancipação e servidão* (89-101). Curitiba, Br.: Juruá. ISBN 978-85-362-2075-8.
- Blanch J. M. y Stecher, A. (2009). La empresarización de servicios públicos y sus efectos colaterales. Implicaciones psicosociales de la colonización de universidades y hospitales por la cultura del nuevo capitalismo. En T. Wittke y P. Melogno (comps.). *Psicología y organización del Trabajo. Producción de subjetividad en la organización del trabajo.* (191-209). Montevideo: Psicolibros

- Blanch, J. M., Sahagún, M. y Cervantes, G. (2010). Estructura factorial de la Escala de Condiciones de Trabajo. Factor structure of Working Conditions Scale. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(3), 175-189.
- Blanch, J. M., Sahagún, M., Cantera, L. y Cervantes, G. (2010). Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas. Questionnaire of General Labor Well-Being: Structure and Psychometric Properties. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(2), 157-170.
- Blanch, J. M., Sahagún, M. y Cervantes, G. (2011). Una herramienta para el estudio psicológico de las condiciones de trabajo. *Infocop Online*. 08/04/2011.
- Blanch, J.M., Crespo, F. J. & Sahagún, M.A (2012). Sobrecarga de trabajo, tiempo asistencial y bienestar psicosocial en la medicina mercantilizada. En Ansoleaga, E.; Artaza, O. & Suárez, J. (Eds.). *Personas cuidando personas: ser humano y trabajo en salud*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud (OPS)- Universidad Diego Portales (UDP).
- Blanch, J.M., Ochoa, P. & Sahagún, M.A (2012). Resignificación del trabajo y de la profesión médica bajo la nueva gestión sanitaria. In Ansoleaga, E., Artaza, O. & Suárez, J. (Eds.). *Personas cuidando personas: ser humano y trabajo en salud*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud (OPS)- Universidad Diego Portales (UDP).
- Blandin, J. y Martínez, D. (2005). Estrés Laboral y Mecanismos de Afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout. *Archivos venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 51(104), 12-15
- Boletín Oficial del Estado. (1986) BOE-A-1986-10499 Publicación: BOE núm. 102 de 29/04/1986. Ley 14/1986 General de Sanidad.
- Boltanski, L. & Chiapello, E. (1999). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid: Akal. (2002)
- Bonvecchio, A., Becerril-Montekio, V. Carriedo-Lutzenkirchen, Á. y Landaeta-Jiménez, M. (2011) Sistema de salud de Venezuela. *Salud Pública de México*, 53(2), 275-286.
- Borchert, M. & Landherr, G. (2009). The Changing Meanings of Work in Germany. *Advances in Developing Human Resources*, 11(2), 204-217

- Borges, L. O. & Pinheiro, J. Q. (2002). Estratégias de coleta de dados com trabalhadores de baixa escolaridade. *Estudos em Psicologia*, 7, 53-63.
- Borges, L. de O, Tamayo, A. & Alves Filho, A. (2005). Significados do trabalho entre os profissionais de saúde. Em L. O. Borges (Org.). *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Borrell-Carrio, F., Epstein, R.M. y Pardell, H. (2006). Profesionalidad y profesionalismo: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. *Medicina Clínica*, 127(9), 337-342.
- Braun, V. & Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brito, P. (2000). Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2), 45-54.
- Caamaño Rojo, E. (2005). Las transformaciones del trabajo, la crisis de la relación laboral normal y el desarrollo del empleo atípico. *Revista de Derecho*, 18(1)
- Cabero, J. (2001). La sociedad de la información y el conocimiento, transformaciones tecnológicas y sus repercusiones en la educación. En Blázquez, F. (Ed.) *Sociedad de la información y educación*. Mérida: Junta de Extremadura.
- Calabreze, G. (2006). Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 34(4), 233-240
- Camacho, C. (2008). *Las confesiones de las confecciones. Condiciones laborales y de vida de las confeccionistas de Medellín*. Medellín: Ediciones Escuela Nacional Sindical.
- Campbell, E., Regan, S., Gruen, R., Ferris, T., Rao, S., Cleary, P. & Blumenthal, D. (2007). Professionalism in Medicine: Results of a National Survey of Physicians. *Annual of Internal Medicine*, 147, 795–802
- Cantera, L., Cervantes, G., & Blanch, J. (2008). Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del Psicólogo*, 29, 49-58.
- Cantera, L., Cubells, M.E., Martínez, L.M. & Blanch, J.M. (2009). Work, Family, and Gender: Elements for a Theory of Work-Family Balance. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 641-647.
- Carta de un médico catalán. Anónima. Recuperada de internet en agosto 2011 de varias direcciones. Recuperado de tribuna del jurista: <http://tribunadeljurista.foroes.net/t2432-carta-de-un-medico-de-cataluna>

- Cartwright, A. (1967). *Patients and their doctors. A study of general practice*. London: Routledge & Kegan Paul
- Carvalho, A. (2005). Médicos y profesionalismo: Pacientes e información. *Revista médica de Chile*, 133(2), 253-258
- Casado, M. (2009, 7 de abril). Entrevista al Dr. Mariano Casado. *La relación médico-paciente ha ido del paternalismo a la burocracia*. Hoy.es.
- Castañeda, E. & García, J. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 67-84.
- Castellani, B., & Hafferty, F.W. (2006). The complexities of medical professionalism: A preliminary investigation. In Wear, D.& Aultman, J. M. (Ed.). *Professionalism in medicine: Critical perspectives*. New York: Springer. 3–25.
- Castells, M. (1996). *La era de la información*. Volumen I. Madrid: Alianza Editorial
- Castells, M. (2006). *Observatorio global: Crónicas de principios de siglo*. Barcelona: La Vanguardia.
- Castillo, J. J. (2000). La sociología del trabajo hoy: genealogía de un paradigma. En: De la Garza, Enrique (compilador). *Tratado Latinoamericano de sociología del trabajo*. (39-64). México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Castillo, J. (2011). Algunos comentarios a las reformas sanitarias latinoamericanas desde España. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(6), 2692-2694
- Cavalheiro, G. y Tolfo, S. (2011). Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. *Psico-USF*, 16(2), 241-249
- Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García M., Rodríguez, C., Pardo, M.J. y Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 27(7), 459-468
- Cervantes, G, Blanch, J. M., Hermoso, D. (2011). Calidad de vida laboral en centros asistenciales de salud catalanes. Un estudio longitudinal. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 14(1), 13-19.
- Chandratilake, M., McAleer, S., Gibson, J., & Roff, S. (2010). Medical professionalism: what does the public think? *Clinical Medicine*, 10, 364-369.

- Coe, R. (1970). *Sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza Editorial (1979)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Colson, C. (1924). *Cours d'Economie Politique*. Paris : Gauthier-Villars et Guillaumin.
- Comas, D. (1995). *Trabajo, Género y Cultura*. Barcelona: Icaria.
- Congregación para la Doctrina de la Fe. (2000). *Instrucción sobre las oraciones para obtener de Dios la curación*. Tomado de la página oficial del Vaticano el 6 de Abril 2012. http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20001123_istruzione_sp.html
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209–232.
- Cooke, M., Irby, D.M., Sullivan, W. & Ludmerer, K.M. (2006) American medical education 100 years after the Flexner report. *The New England Journal of Medicine*, 355, 1339–1344.
- Cortés, M.P A. (2009). The Work Values of Teacher Training Students in a Spanish University. Symbiosis between Schwartz and Meaning of Work (MOW). *European Journal of Education*, 44(3), 441-453
- Comte, A. (1896). *The Positive Philosophy of Auguste Comte*. London: Batoche Books
- Cornejo, J. (1988). *Técnicas de investigación social: el análisis de correspondencias. (Teoría y práctica)*. Barcelona: Promociones y publicaciones universitarias.
- Cranford, C., Vosko L. & Zukewich, N. (2003). The Gender of Precarious Employment in Canada. *Industrial Relations*, 58(3), 454-482.
- Crespo, F. J. (2012). *La doble cara de la organización sanitaria: Factores saludables y de riesgo psicosocial*. Barcelona. Universitat Autònoma. Tesis Doctoral no publicada.
- Cruces, F. (2006). Saber clínico y crítica médica. Un servicio intensivo de neonatología. En Velasco, H. et al (2006). *Confianza y riesgo en sistemas expertos*. Madrid: Universidad Centro de Estudios Ramón Areces
- Cruces, G. y Ham, A. (2010). *La flexibilidad laboral en América Latina: las reformas pasadas y las perspectivas futuras*. Santiago de Chile: CEPAL

- Cruess, S. & Cruess, R. (2000). Professionalism: a contract between medicine and society. *Canadian Medical Association Journal*, 162, 668–669.
- Cruess R., Cruess S. & Johnston, S. (2000). Professionalism and Medicine's Social Contract. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 82-A (8), 1189-1194
- Cruz-Coke, M. (2007). Peregrinaciones a las fuentes de la medicina clásica. *Revista Médica de Chile*, 135, 1076-1081
- Cultura en cadena. *Los médicos no somos imprescindibles*. Publicado el 28-11-2011. Tomado de <http://www.culturaencadena.com/cec/la-columna/la-columna-de-opinion-de-cec-reflexiona-sobre-los-recortes-en-salud-los-médicos-no-somos-imprescindibles.html>
- Dallimore, E. J., & Mickel, A. E. (2006). Quality of life: Obstacles, advice, and employer assistance. *Human Relations*, 59(1), 61–103.
- D'Anello, S., Marcano, E. y Guerra, J.C. (2000). Estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del hospital universitario de los Andes. *MedULA*, 9(1-4), 4-9.
- Da Rosa, S., Chalfin, M., Baasch, D. y Soares, J. (2011). Sentidos y significados del trabajo: un análisis con base en diferentes perspectivas teórico-epistemológicas en Psicología. *Universitas Psychologica*, 10(1), 175-188.
- De Benito, E. (2012, 26 de abril). El Gobierno cifra en 7.267 millones el ahorro por el recorte en sanidad. *El País*. Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/04/26/actualidad/1335430943_769090.html
- De Guindos, L. (2012, 4 de abril). Tenemos que ir hacia otro modelo sanitario más eficiente. Tomado de internet http://www.antena3.com/noticias/economia/luis-guindos-tenemos-que-otro-modelo-sanitario-mas-eficiente_2012040400181.html
- De la Lastra, C. & Campusano, C. (2006). Trayectorias Laborales Juveniles. En Charlin de Groote, M. & Weller, J. (Eds.) *Juventud y Mercado Laboral: Brechas y Barreras*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, CEPAL
- De La Garza, E. (2001). *Problemas clásicos y actuales de la crisis del trabajo. El trabajo del futuro. El futuro del trabajo*. Buenos Aires: CLACSO.
- De La Garza, E. (2003). *Tratado latinoamericano de Sociología del Trabajo*. México, D.F: Fondo de Cultura Económica.

- De la Garza, E. (2010) *Hacia un Concepto Ampliado de Trabajo: Del concepto clásico al no clásico*. Barcelona: Anthropos; México: Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa
- Díaz Polanco, J. (2004). *La reforma de salud en la V República: ¿una política de Estado?* IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Madrid.
- Díaz Polanco, J. & Borges, S. (2010) Institucionalidad y rectoría de los sistemas de salud: el caso venezolano. *Cuadernos del Cendes*, 27(75), 73-94.
- Díaz Cruz, R. (1998). Archipiélago de rituales. Barcelona: Anthropos.
- Domínguez Carmona, M. (1988) *Concepto de Salud. En Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Salvat.
- Doolin, B. (2002). Enterprise discourse, professional identity, and the organizational control of hospital clinicians. *Organization Studies*, 23(3), 369–390
- Doval, H. (2007). Malestar en la medicina. Insatisfacción y descontento en los médicos. *Revista argentina de cardiología*, 75(4), 336-339
- Drobnič, S., Beham, B. & Präg, P. (2010). Good Job, Good Life? Working Conditions & Quality of Life in Europe. *Social Indicators Research*, 99(2), 205-225.
- Duarte, A. (2012,1 de Junio). *Rede federal tem déficit de quase 400 médicos no Rio de Janeiro*. O Globo. 6/03/12. Recuperado de <http://oglobo.globo.com/pais/rede-federal-tem-deficit-de-quase-400-médicos-no-rio-de-janeiro-4234916>
- Dubar, C. (1998). Socialisation et construction identitaire. En Ruano Borbalan, J.C. (Éd). *L'identité, l'individu, le groupe, la société*. Auxerre: Sciences humaines.
- Dubar, C. (1991). *La socialisation: construcción de identidades sociales et professionnelles*. París: Armand Colin.
- Dubar, C. (2001). La construction sociale de l'insertion Professionnelle. *Éducation et Société*, 7(1).
- Dubar, C. & Tripier, P. (1998) *Sociologie des professions*. Paris: Armand Colin.
- Durkheim, E. (1957). *Professional Ethics and Civic Morals*. London: Routledge.1992.
- Durkheim, E. (1893) *La División del trabajo social*. Barcelona: Planeta-Agostini, 1985

- Dubin, R. (1958). *The world of work: Industrial society and human relations*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall
- Duxbury, L., Lyons, S., y Higgins, C. (2008). Too Much to do, and Not Enough Time: An Examination of Role Overload. In *Handbook of Work-Family Integration* (125-140). San Diego: Academic Press.
- Echeverri, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(3), 210–216.
- Edwards, N, Kornacki, MJ, Silversin, J. (2002). Unhappy doctors: What are the causes and what can be done? *British Medical Journal*, 324, 835-6.
- Egüez, S. (2009). Calidad De Vida, Estrés, Depresión y Red de Apoyo Social en Médicos Residentes de la Caja Nacional de Salud de Cochabamba. *Revista médica de la Sociedad Boliviana de Medicina Familiar*, 1(1), 14-19
- Elizur, D. (1984). Facets of work values: A structural analysis of work outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 69(3), 379-389.
- Eurostat (2012). *Tasas de desempleo Unión Europea*. Tomado de internet <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=teilm020&tableSelection=1&plugin=1>
- Etzioni, A. (1969). *Modern Organizations*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Etxeberria, J.; García, E.; Gil, J. y Rodríguez, G. (1995). *Análisis de datos y textos*. Madrid: RA-MA.
- Evetts, J. (2003). The Sociological Analysis of Professionalism. Occupational Change in the Modern World. *International Sociology*, 18, 395-415.
- Evetts, J. (2009). New Professionalism and New Public Management: changes, continuities and consequences. *Comparative Sociology*, 8, 247-266
- Evetts, J. (2012a). Professionalism in Turbulent Times: Changes, Challenges and Opportunities. Propel International Conference Stirling 9-11 May 2012.
- Evetts, J. (2012b). Professions and professionalism: Perspectives from de sociology of Professionals groups. In Kalekin-Fishman. & Denis. *The shape of sociology for 21th century. Traditional and renewal*. London: SAGE
- Farré, S. (2003). *Estudio sobre la calidad del empleo en Colombia*. Lima: Organización Internacional del Trabajo.

- Fasce E, Ortiz L, Matus O, Soto A, et al. (2009). Atributos del profesionalismo estimados por estudiantes de medicina y médicos: Análisis mediante el modelo de disponibilidad léxica. *Revista Médica de Chile*, 137(6), 746-752.
- Federación Médica Venezolana. (2009). *El sistema de salud que necesita Venezuela*. XIV Reunión ordinaria de la asamblea. Barinas: FMV
- Fernández, A. & Oviedo, E. (2010). *Salud electrónica en América Latina y el Caribe: avances y desafíos*. Santiago de Chile: CEPAL
- Ferrán, M. (2011). Crisis y atención primaria. Otra gestión es posible. *Atención Primaria*, 43(12), 627-628.
- Figueras, J., Musgrove, P., Carrin, G.y Duran, A. (2002). Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? *Gaceta Sanitaria*, 16, 5-17.
- Fleury, S. (2011). Direitos sociais e restrições financeiras: escolhas trágicas sobre universalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 18-30
- Fleury, S. (2003). ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. En Molina, C. & Nuñez, J. (Ed.) *Servicios de salud en América latina y Asia*. New York: BID
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Florez, J., Atehortúa, S. & Arenas, A. (2009). Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 107-131
- Fondo Monetario Internacional F.M.I. (2010). *Informe Perspectivas de la economía mundial*. Washington, D.C.: Fondo Monetario Internacional.
- Foro Español de Pacientes. (2003). *Decálogo de los pacientes*. Tomado de la página de la asociación el 4-03-2012 <http://www.webpacientes.org/fep/page.php?page=elforo/dbcn>
- Foucault, M. (1980). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI editores.
- Foucault, M. (1979). *Historia de la locura en la época clásica*. (I y II). Madrid: Fondo de cultura económica.
- Freidson, E. (1970). *La profesión médica*. Barcelona: Ediciones Península (1978)

- Freidson, E. (1986). *Professional Powers*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freire, J. & Repullo, J. (2011). El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: ideas para avanzar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2733-2742.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen J., Crisp, N, Evans, T., et al. (2011). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Revista peruana de Medicina experimental y Salud Pública*, 28(2), 337-41.
- Fournier, V. (1999). The Appeal to “Professionalism” as a Disciplinary Mechanism. *The Sociological Review*, 47(2), 280–307.
- Friedmann, G. y Naville, P. (1961). *Tratado de sociología del trabajo*. Volumen I. México D.F.: Fondo de Cultura Económica. (1985)
- Furnham, A., Tang, T. y Davis, G. (2002). The meaning of money: The money ethic endorsement and work-related attitudes in Taiwan, the USA and the UK. *Journal of Managerial Psychology*, 17(7), 542-563
- Gamboa, T. & Rangel, E. (1996). Desafíos gerenciales de los sistemas de salud en Colombia y Venezuela. *Revista Venezolana de Gerencia*, 1(2), 251-284
- Gamst, F. (ed.) (1995). *Meanings of work. Considerations for the Twenty-First century*. Nueva York: State University of New York Press
- Ghai, D. (2002). *Decent work: Concepts, models and indicators*. Switzerland: International Institute for Labour Studies
- Gallie, D. (2005). Work Pressure in Europe 1996-2001: Trends and Determinants. *British Journal of Industrial relations*, 43(3), 351-75.
- García-Montalvo, J., Peiró, J.M. & Soro, A. (2003). *Capital Humano. Observatorio de la Inserción Laboral de los Jóvenes: 1996-2002*. Valencia: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas.
- García Montalvo, J., Peiró, J. M., y Soro, A. (2006). *Los jóvenes y el mercado de trabajo en la España urbana: resultados del Observatorio de Inserción Laboral 2005*. Valencia: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas, S. A.
- García Pérez, M. y Fernández Rodríguez, M. (2003). El malestar del médico ante algunas aplicaciones del control de costes: ¿es una muestra de inmadurez ética? *Atención Primaria*, 31, 389-93.
- Gavilan, E. (2011, 21 de Enero). *Los médicos contribuimos a la medicalización*. Público.es Madrid. Recuperado de

<http://www.publico.es/ciencias/357375/los-expertos-contribuimos-a-la-medicalizacion>

- Giddens, A. (1994a). Vivir en una sociedad postindustrial. En Modernización reflexiva Beck, U.; Giddens, A., y Lash, S. *Modernización Reflexiva. Política, Tradición y Estética en el orden social moderno*. Madrid: Alianza. (1997)
- Giddens, A. (1994b). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza
- Giddens, A. (1991). Modernidad y Autoidentidad. En (Brian, J. (comp.) *Las consecuencias perversas de la modernidad*. Barcelona: Antrophos
- Giddens, A. (2000). *Un Mundo Desbocado*. Madrid: Taurus
- Gil Montes, V. (2004). *Éthos médico. Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. & Moreno, B. (Eds.) (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Godoy, L., Stecher A. y Díaz, X. (2007). “Trabajo e identidades: continuidades y rupturas en un contexto de flexibilización laboral.” En: Guadarrama, R. y Torres, J. Luis (Coords.). *Los significados del trabajo femenino en el mundo global*. Cuadernos A, 27, Temas de innovación social. (81-100).México, D.F. – Madrid. ANTHROPOS y Universidad Autónoma Metropolitana.
- González, M. (2006). ¿Cuáles son los acuerdos que requiere el sistema de salud?” En Equipo Acuerdo Social. *Venezuela: Un acuerdo para alcanzar el desarrollo*. Caracas: UCAB.
- Goode, W. (1957). Community Within a Community: The Professions. *American Sociological Review*, 22(2), 194-200
- Gorz, A. (1991). *Metamorfosis del trabajo*. Madrid: Sistema. (1995)
- Goulart, P. (2009a). Adaptação do questionário sobre significados do trabalho - QST - para o Brasil. *Estudos de Psicologia*. (Natal), 14(2), 123-131
- Goulart, P. M. (2009b). O significado do trabalho: delimitações teóricas (1955-2006). *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 12(1), 47-55.

- González, L. & Arciniega, L. (2000). Desarrollo y validación de la escala de valores hacia el trabajo EVAT 30. *Revista de Psicología Social*, 15(3), 281-296
- Gracia, F. J., Martínez-Tur, V., Peiró, J. M. (2001). Tendencias y controversias en el futuro de la gestión y del desarrollo de los recursos humanos. En: Agulló, T. y Ovejero, A. (coord.). *Trabajo, individuo y sociedad. Perspectivas psicosociológicas sobre el futuro del trabajo*. Madrid: Pirámide.
- Gracia, F., Martín, P., Rodríguez, I. y Peiró, J.M. (2001). Cambios en los componentes del significado del trabajo durante los primeros años de empleo: Un análisis longitudinal. *Anales de psicología*, 17(2), 202-217.
- Guadarrama, R. (2008). Los significados del trabajo femenino en el mundo global. Propuesta para un debate desde el campo de la cultura y las identidades Laborales. *Estudios Sociológicos*, 26(2), 321-342
- Guevara, C., Henao, D., Herrera, J. (2002). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colombia Médica*, 35(004), 173-178
- Guillen, M. (1990): Profesionales y burocracia: Desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 51, 35-51.
- Gurgui, M. (1951). En Martínez, L.(2004) *Metgesses de Catalunya*. Barcelona: Pòrtico-Panorama.
- Hafferty F.W. (1994). The hidden curriculum, ethics, teaching and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69, 861–71.
- Hafferty, F.W. & Levinson, D. (2008). Moving Beyond Nostalgia and Motives towards a complexity science view of medical professionalism. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 599–615
- Hafferty, F. & Light, D. (1995). Professional Dynamics and the Changing Nature of Medical Work. *Journal of Health and Social Behavior. Extra issue*.
- Hafferty, F. & Castellani, B. (2010). The increasing complexities of professionalism. *Academic Medicine*, 85(2), 288-301.
- Hansson, J. (2000). Quality in health care Medical or managerial? *Journal of Management in Medicine*, 14(5/6), 357-361
- Harpaz, I. (2002). Expressing a wish to continue or stop working as related to the meaning of work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(2), 177-198.

- Harpaz, I., Honig, B. & Coetsier, P. (2002). "A cross-cultural longitudinal analysis of the meaning of work and the socialization process of career starters". *Journal of World Business*, 37(4), 230-244.
- Harpaz, I. & Meshoulam, I. (2004). Differences in the meaning of work in Israel: Workers in high-tech versus traditional work industries. *Journal of High Technology Management Research*, 15(2), 163-182.
- Hattrup, K., Ghorpade, J. & Lackritz, J. R. (2007). Work group collectivism and the centrality of work. A multinational investigation. *Cross-Cultural research*, 41, 236–260.
- Hernández, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana Salud Pública* [online]. (29)2
- Hernández-Escobar, C., Hernández-Camarena, J., Gonzalez, L. & Barquet-Muñoz, S. (2010). Formación en Ética y Profesionalismo para las Nuevas Generaciones de Médicos. *Persona y bioética*, 14(1), 30-39
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2002). Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 54-62
- Homedes, N. & Ugalde, A. (2005a). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(3), 202-209.
- Homedes, N. & Ugalde, A. (2005b). Human resources: the Cinderella of health sector reform in Latin America. *Human Resources for Health*, 3,1.
- Horwitz, N. (2004). El cambio en la práctica médica. Desafíos psicosociales para la profesión. *Revista Médica de Chile*, 132, 768-772.
- Horwitz, N. (2006). El sentido social del profesionalismo médico. *Revista médica de Chile*, 134(4), 520-524.
- Hughes, E. (1952). The Sociological Study of Work: An Editorial Foreword. *American Journal of Sociology*, 57(5), 423-426
- Hughes, E. (1960). Professions in Society. *The Canadian Journal of Economics and Political Science / Revue canadienne d'Economie et de Science politique*, 26(1), 54-61.
- Infante, A. (2011). Nuevo profesionalismo, educación médica y sistemas de salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2725-2732

- Íñiguez Rueda, L. (1991). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*, 23(8), 496-502.
- Íñiguez-Rueda, L., Sánchez Candamio, M., Sanz, J., Elías, A. & Fusté, J. (2008). Incorporación de las visiones de ciudadanos, profesionales y gestores sobre la atención sanitaria en el proceso de planificación sanitaria de Cataluña. *Medicina Clínica*, 131(Supl 4), 9-15
- Irigoyen, J. (2011). La reestructuración de la profesión médica. *Política y Sociedad*, 48.
- Jahoda, M. (1982). *Empleo y Desempleo: un análisis socio-psicológico*. Madrid. Morata. 1987.
- Jha, V., Bekker, H., Duffy, S. & Roberts, T. (2006). Perceptions of professionalism in medicine: a qualitative study. *Medical Education*, 40,1027–1036
- Jiménez, J. (2004). Cambios en el entorno del trabajo médico. *Revista Médica de Chile*, 132, 637-42
- Jiménez De La J, J.P. (2005). Estrategias de los médicos para hacer frente a la crisis de la profesión. *Revista médica de Chile*, 133(6), 707-712
- Jiménez, M., Vico, F. & Zerolo, F. (2005). Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. *Atención primaria*, 36(3), 152-158
- Joaristi, O. & Lizasoain, L. (1999). *Análisis de correspondencias*. Madrid: La Muralla
- Joffre V., Peinado J., Barrientos M. , Lin D. , Vázquez F. , Llanes. A. (2010). Síndrome de burnout en médicos de un hospital general en el noreste de México. *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 1(1), 1-23
- Johnson, T. (1972). *Professions and Power*. London: Macmillan
- Jovell, A. (1999). Medicina clínica basada en la afectividad. *Medicina Clínica*, 113,173-5.
- Jovell, A. (2003). La historia natural de la profesión médica vista por un paciente. En Bosch & Pardell (2003). *La profesión médica: los retos del milenio*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas.
- Jovell, A. y Navarro, M.D. (2006). *Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social*. Barcelona: Fundación Alternativas.

Juan Pablo II. Laborem exercens.
http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_14091981_laborem-exercens_sp.html

Juárez, J. y Ramírez, B. (2011). Flexibilidad laboral en la industria de la confección en espacios rurales de México. El caso de dos municipios en el estado de Puebla, México. *Gaceta Laboral*, 17(1), 63-82.

Juramento Hipocrático. Fórmula de Ginebra. Asociación Médica Mundial: Asamblea 8/11 - IX – 1948

Juramento Hipocrático. En García Gual, C. (1983). *Tratados hipocráticos*. 63-76

Juramento hipocrático. Escuela hipocrática (s. V a.C.) Traducción castellana: Gonzalo Herranz. Lengua original: Griego. Comprobado el 10 de julio de 2002

Kälble, K. (2005). Between professional autonomy and economic orientation — The medical profession in a changing health care system. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 2, 1-13

Kassirer, J. P. (1998). Doctor discontent. *The New England Journal of Medicine*, 339, 1543-1545.

Kerr, S., Von Glinow, M.A & Schriesheim, J. (1977). Issues in the study of professionals: The case of scientists and engineers. *Organizational Behavior and Human Performance*, 18, 329-345.

Kymlicka, W. & Wayne, N. (1995). Return of the Citizen: A Survey of Recent Work on Citizenship Theory. In Beiner, R. (Ed). *Theorizing Citizenship*. (282–322). Albany: State University of New York Press.

Kornblit, A. y Mendes A. (2000). *La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales*. Buenos Aires: Editorial Aique

Kornblith, M. (1996). Crisis y transformación del sistema político venezolano: nuevas y viejas reglas de juego. En Alvarez, A. (1996) *El sistema político venezolano: Crisis y transformaciones* (1-31) Caracas: IEP-UCV.

Kozlowski, S. W. & Bell, B. (2003). Work groups and teams in organizations. In W. C. Borman & D. R. Ilgen (Eds.), *Handbook of psychology: Industrial and organizational psychology*. (V.12, 333–375). New York: Wiley.

Kuchinke, K. P. (2009). Changing Meanings of Work in Germany, Korea, and the United States in Historical Perspectives. *Advances in Developing Human Resources*, 11(2), 168-188.

- Kuchinke, K. P., Cornachione, E. B., Oh, S.Y., & Kang, H. (2010). All work and no play? The meaning of work and work stress of mid-level managers in the United States, Brazil, and Korea. *Human Resource Development International*, 13(4), 393-408.
- Kluckhohn, C. y otros. (1962). Los valores y las orientaciones de valor en la teoría de la acción. En T. Parsons y E. A. Shils (Eds.). *Hacia una Teoría General de la Acción* (435-471). Cambridge, M. A: Harvard University
- Larson, M. S. (1977). *The Rise of Professionalism*. Berkeley: University of California Press.
- Lázaro J, Gracia D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales Sis San Navarra*, 29.
- Lethbridge, J. (2004). Public sector reform and demand for human resources for health. *Human Resources for Health*, 2(15)
- Lifshitz, A. (2003). La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. *Acta Médica*, 1(1), 59
- Lima F., Buunk A., Araújo M., Chaves J., Muniz D.& Queiroz L. (2007). Síndrome de Burnout en residentes da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(2), 137-46.
- López Maya, M. (2010). Apuntes sobre la polarización política en Venezuela y los países andinos. *Ecuador Debate*, 80, 95-104.
- Llorens, S., Schaufeli, W. B., Bakker, A., & Salanova, M.(2007). Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist? *Computers in Human Behavior*, 23, 825–841.
- Lucey, C. & Souba, W. (2010). Perspective: the problem with the problem of professionalism. *Academic Medicine*, 85(6), 1018-1024
- Lynch, D., Surdyk P. & Eiser A. (2004). Assessing professionalism: a review of the literature. *Medical Teacher*, 26(4), 366-373
- MacDonald, K. M. (1995). *The Sociology of the Professions*. London: Sage.
- Machado, M. & Pereira, P. (2002). Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil. *Gaceta Sanitaria*, 16, 89-93.
- MacIntosh J., Wuest J., Gray M.M., Cronkhite, M. (2010). Workplace bullying in health care affects the meaning of work. *Qualitative Health Research*, 20(8), 1128-1141.
- Malone, T. W. (2004). *The future of work: How the new order of business will shape your organization, your management style and your life*. Boston: Harvard Business School Press.

- Manitta, G. (2005) El malestar en la relación médico- paciente. *Acta Bioética*, Año XI, 1
- Marañón, G. (1941). *Raíz y decoro de España*. 2da. Edición. Madrid: Espasa-Calpe.
- Marañón, G. (1950) *Prólogo al libro de J.H. Maisin. El Cáncer*. Buenos Aires: Espasa-Calpe Argentina.
- Marañón, G. (1962). *La medicina y los Médicos*. Madrid: Espasa-Calpe
- Marañón, G. Recuperado del blog. <http://ooche813.blogspot.com.es/2009/03/gregorio-maranon-y-posadillo.html>
- Marsiglia, I. (2006). Impacto de la tecnología sobre la historia clínica y la relación médico-paciente. *Gaceta Médica de Caracas*, 14, 183-189.
- McMurray, R. (2010). The struggle to professionalize: An ethnographic account of the occupational position of Advanced Nurse Practitioners. *Human Relations*, 64(6), 801–822
- Martimianakis, M., Maniate, J. & Hodges, V. (2009). Sociological interpretations of professionalism. *Medical Education*, 43, 829–837
- Martín-García, M., Ponte-Mittelbrun, C. & Sánchez-Bayle, M. (2006). Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*, 20 (Supl 1), 192-202.
- Martínez, L. (2004). *Metgeses de Catalunya*. Barcelona: Pórtico-Panorama.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (Síntesis conceptual). *Revista IIPSI Facultad de Psicología*, 9, 123.
- Martínez, V. (2008). Salud pública, medicalización de la vida y educación. En Ponte, C. y otros. (2008). *Salud y ciudadanía. Teoría y práctica de la innovación*. Gijón: Centro del Profesorado y del Recurso.
- Marx, C. (1867). *El Capital Crítica de la Economía Política. Vigésima segunda reimpresión*. México: Fondo de Cultura Económica. (1992).
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mateos, J.M. (2010, 20 de Enero) *Dos minutos*. Blog personal de José María Mateos. Publicado el 20/01/2010 por RinzeWind. Recuperado de <http://rinzewind.org/archives/2010/01/20/dos-minutos/>
- Mateos-Gómez, H. (2008). La responsabilidad del médico. *Archivo de Neurociencias*, 13 (4), 219-221

- Méda, D. (2007) ¿Qué sabemos sobre el trabajo? *Revista de Trabajo*, 4.
- Médicos sin fronteras (2012). El acuerdo de libre comercio UE-India amenaza con cerrar “la farmacia del mundo en desarrollo”. Tomado de internet <http://www.msf.es/noticia/2012/acuerdo-libre-comercio-ueindia-amenaza-con-cerrar-%E2%80%9Cfarmacia-del-mundo-en-desarrollo%E2%80%9D>
- Meek, V. L. (1992). Organizational culture: Origins and weaknesses. In Salaman, G. (Ed.), *Human Resource Strategies*. London: Open University/Sage
- Méndez, C. (2009). Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(3), 276-280
- Merton, R. (1958). The Functions of the Professional Association. *The American Journal of Nursing*, 58(1), 50-54
- Mills, W. (1957). *Las clases medias en Norteamérica (White collar)*. Madrid: Aguilar
- Miret, C. & Martínez, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra [online]*, 33(1), 193-201.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (España). *Sistema Nacional de Salud*. Flujos financieros Sistema Nacional de Salud. Recuperado de <http://www.msc.es/organizacion/sns/home.htm>
- Morales-Ruiz, J. (2009). Formación integral y profesionalismo médico: una propuesta de trabajo en el aula. *Educación Médica*, 12(2), 73-82
- MOW International Research Team (1987). *The Meaning of Working*. London: Academic Press.
- MOW International Research Group (1991). The meaning of work. *European Work and Organizational Psychologist*, I (Monographic volume).
- Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Naude, W. (2009). *The Financial Crisis of 2008 and the Developing Countries*, UNU-WIDER Discussion Paper 2009/01, Helsinki: United Nations University – World Institute for Development Economics Research
- Neffa, J. (1995). Las condiciones y medio ambiente de trabajo en *El sistema educativo como ámbito laboral*. Buenos Aires: Eudeba.
- Neffa, J. (2003). *El trabajo humano*. Buenos Aires: Lumen.

- Nickson, A. (2002). Transferencia de políticas y reforma en la gestión del sector público en América Latina: el caso del New Public Management. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 24
- Noriega Gómez, J. (1867) *Higiene de las profesiones intelectuales*: Discurso leído ante el claustro de la Universidad Central por el licenciado en Medicina y Cirugía D. José Noriega y Gómez.
- OCDE/CEPAL (2011). *Perspectivas Económicas de América Latina 2012: Transformación del Estado para el Desarrollo*. OECD Publishing. Tomado de <http://dx.doi.org/10.1787/leo-2012-es>
- O'Driscoll, M. y Allis, P. (2008). Positive Effects of Nonwork-to-Work Facilitation on Well-being in Work, Family and Personal Domains. *Journal of Managerial Psychology*, 23(3), 273-291.
- Offe, C. (1984). *La sociedad del trabajo. Problemas estructurales y perspectivas de futuro*. Madrid: Alianza Editorial. (1992)
- Ojeda, J., Freire, J. & Gervás, J. (2006). La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Revista de Administración Sanitaria*, 4(2), 357-82
- Ochoa, P. (2012a). Significado del Trabajo en mineros venezolanos. ¿Reflejo del empleo en vías de extinción? *Gaceta Laboral*, 18(1), 35-56
- Ochoa, P. (2012b). Caracterización de los valores laborales de un grupo de mineros venezolanos. *Revista científica electrónica de psicología*, 12, 201-220
- OMS (2012). *Comunicado de Prensa de la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud concluye con nuevas medidas por la salud mundial*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/wha65_closes_20120526/es/
- OPS (2008). *Brasil perfil de sistemas y servicios de salud*. Brasilia: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS (2001) *Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería*. S/L: OPS
- OPS (2010). Promoción de la Salud, el Bienestar, y la seguridad humana. Informe de la Directora. Tomado de internet el 1-06-212 http://www.paho.org/Director/AR_2010/Spanish/chapter_01ESP.htm

- Oración al Dr. José Gregorio Hernández. www.ilustres.com.ve/jose-gregorio-hernandez-el-venerable/
- O'Reilly, D. & Reed, M. (2011) The Grit in the Oyster: Professionalism, Managerialism and Leadership as Discourses of UK Public Services Modernization. *Organization Studies*, 32(8), 1079–1101
- Oriol, A. y De Oleza, R. (2003). *Libro blanco de las profesiones sanitarias*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Organización Mundial de la Salud (1948). World Health Organization Constitution. En *Basic Documents*. Ginebra: OMS
- Organización Médica Colegial de España (1999) *Código de Ética y Deontología Médica española*. Recuperado de Centro de Documentación de la Universidad de Navarra. <http://www.unav.es/cdb/>
- Orozco, C. (2010,13de Marzo). *Hay médicos que están en desobediencia civil*. Entrevista al Dr. Roberto Esguerra. Diario El Espectador. Recuperado de internet: <http://www.elespectador.com/impreso/cuadernilloa/entrevista-de-cecilia-orozco/articuloimpreso192791-hay-médicos-estan-desobedien>
- Ortega, D., García, C. & Biagini, L. (2006). Profesionalismo: una forma de relación entre médicos, pacientes y sociedad. *Revista Chilena de Radiología*, 12(1), 33-40
- Osuna, M., Medina, L., Romero, J. & Alvarez, M. (2009). Prevalencia del síndrome Burnout en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 24 de Tepic, Nayarit, México. *Atención Familiar*, 16(2), 24-27.
- O'Toole, J (dir) (1983). *Work in America*. Cambridge, MSA: MIT Press.
- Outomuro, D. & Sánchez, N. (2008). Breve compendio sobre algunas personalidades de la bioética vinculadas con las ciencias de la salud. *Revista Médica de Uruguay*, 24, 282-289
- Palange, P., Busari, J., Hare A., McKillop, Noël, J-L.C., Rosen M.J., Simonds A.K, & Stevenson R. (2012). Perspectives in medical education: signposts to the future in educating respiratory specialists. *European Respiratory Journal*, 39(3), 520-524
- Pardell, H. ed (2009). *El médico del futuro*. Barcelona: Fundación Educación Médica.
- Pardell, H. (2003). *¿Tiene sentido hablar de profesionalismo hoy?* Educación Médica, 6, 63-80.

- Pardell, H. (2004). El nuevo profesionalismo médico. Una ideología expresada en conductas. En Oriol-Bosch y A, Pardell H, (Eds.). *La profesión médica. Los retos del milenio* (11-22). Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas.
- Pardell, H. ed (2009). *El médico del futuro*. Barcelona: Fundación Educación Médica
- Pardell, H., Gual, A. & Oriol, A. (2007). ¿Qué significa ser médico hoy? *Medicina Clínica*, 129, 17-22.
- Parsons, T. (1966). *El sistema social*. Madrid: Ediciones de la Revista de Occidente.
- Parsons, T. (1967). *Ensayos de teoría sociológica*. Buenos Aires: Paidós.
- Parsons, T. (1939). The Professions and Social Structure. *Social Forces*, 17(4), 457-467
- Patiño, J. (2004). El profesionalismo médico. *Revista Colombiana de Cirugía*, 19(3)
- Peiró, J.M. (1989). Desempleo juvenil y socialización para el trabajo. En Torregrosa, J.R., Bergere, J. y Álvaro, J. L. (Eds.): *Juventud, trabajo y Desempleo: un análisis psicosociológico*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Peiró, J. M., Prieto, F. y Roe, R. A. (1996). El trabajo como fenómeno psicosocial. In J. M. Peiró y F. Prieto (Eds.). *Tratado de Psicología del Trabajo. Vol. II: Aspectos psicosociales del trabajo* (15-33). Madrid: Síntesis.
- Peiró, J. M. (2007). *Los valores y las actitudes laborales de los jóvenes. Capital Humano*. Valencia: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas.
- Pennings, J. M. (1970). Work-Value Systems of White-Collar Workers. *Administrative Science Quarterly*, 15(4) 397-405
- Pera, G. & Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16(6), 480-486
- Pérez, C. (2010). Dinamismo tecnológico e inclusión social en América Latina. *Revista de la CEPAL 100*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Perez, C. (2009). Technological revolutions and techno-economic paradigms. *Cambridge Journal of Economics*, 34(1), 185-202
- Pérez Adán, J. (1992). Trabajo y sociedad, en Nemesio, R.; Pérez .J; y Sierra, I. *Organización y Trabajo: temas de sociología de la empresa*. Valencia: Nau Llibres

- Périlleux, T. (2008). Las transformaciones contemporáneas del trabajo. Nuevas canteras de pensamiento y de acción. En Espinosa, B. "Mundos del trabajo: pluralidad y transformaciones contemporáneas" (21-33). Quito: FLACSO
- Perú de Lacroix. (1928). Diario de Bucaramanga. En *Dirección Cultural Universidad Industrial de Santander (2008) Una mirada íntima al libertador en los dos últimos años de su vida pública. 1828-1830*. Colección Bicentenario. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander
- Pinheiro, G., Kletemberg, D.; Gonçalves, L., Pires, D.; Ramos, F. (2010). Globalización y proceso de trabajo en salud: el desafío de la interdisciplinariedad. *Enfermería global*. [online], 20.
- Pirenne, H. (1971). *Las ciudades de la Edad Media*. Madrid: Alianza Editorial (1983)
- Poulantzas, N. (1977). *Las clases sociales en el capitalismo actual*. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- Prieto, C. (2000). *Trabajo y orden social: de la nada a la sociedad de empleo (y su crisis)*. Universidad Complutense de Madrid. Política y Sociedad, 34. Madrid (pp. 19-32).
- Prieto L.; Robles, E., Salazar L. y Daniel, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, 29 (5), 294-302
- PROVEA. (2011). *Informe Anual*. Caracas: PROVEA
- Pujante, J.A. (2006). La medicina i l'humanisme, bases de la cooperació sanitària internacional. *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*, 1(3), 102-109
- Pulido Ortega, F. (2012, 27 de Abril). *Espero no estar nunca en su pellejo*. El País. Carta al Director.
- Quick, J. C. & Tetrick, L. E. (Eds.). (2003). *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ravlin, E.C. & Meglino, B.M. (1987). Issues in work values measurement. *Research in Corporate Social Performance and Policy*, 9, 153-183
- Reynolds, P. (1994). Reaffirming professionalism through the education community. *Annals of Internal Medicine*, 120, 609-14
- Restrepo, D. & Ortiz, L. C. (2010). *Situación laboral de los profesionales en medicina y enfermería en Colombia: aproximaciones desde el*

- Ingreso Base de Cotización al SGSSS*. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos. Boletín No. 2.
- Rey, J.C. (1991). La democracia venezolana y la crisis del sistema populista de conciliación. *Revista de Estudios Políticos* (nueva época). 74.
- Rifkin, J. (1994). *El fin del trabajo. Nuevas tecnologías contra puestos de trabajo: el nacimiento de una nueva era*. Barcelona: Paidós. (1996)
- Rigoli, F. & Dussault, G. (2003). The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health*, 1(9), 1-12
- Rodríguez, J.A. (2004). Redefiniendo la profesión: los médicos de Barcelona en el nuevo milenio. *Educación Médica*, 7(1), 2-8
- Rodríguez, N. (1996). El trabajo en las ciudades romanas de la Bética. En Castillo, S. (Ed.) *El Trabajo a través de la historia*. Madrid: Asociación de Historia Social
- Rodríguez, A. y Martín, M.A. (2001). Evolución del trabajo y nuevas formas de estructuras organizativas. En Agulló, E. y Ovejero, A. (Coords.) (2001). *Trabajo, Individuo y Sociedad. Perspectivas psicosociológicas sobre el futuro del trabajo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rodríguez, I., Rincón, M.T. & Madueño, J. (2006). Barrio adentro: Una experiencia de política de salud en ejecución. *Cuaderno Venezolano de Sociología*, 15(3), 617-640.
- Roe, R. & Ester, P. (1999). Values and Work Empirical Findings and Theoretical Perspective. *Applied Psychology: An International Review*, 48(1), 1-21
- Rojas, C. (2012, 13 de abril). *Morir en Venezuela*. Blogelrepublicanoliberal. Tomado de <http://elrepublicanoliberal.blogspot.com.es/2012/04/charito-rojas-morir-en-venezuela.html>
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. Nueva York: Free Press.
- Ros, M.; Schwartz, S. H. & Surkiss, S. (1999). Basic Individual Values, Work Values, and the Meaning of Work. *Applied Psychology: An International Review*, 48(1), 49-71
- Rosselot, E. (2003). Reivindicando la medicina como profesión científico-humanista. *Revista Médica de Chile*, 131(4), 454-456.

- Rosselot, E. (2006). Dimensiones del profesionalismo médico. Proyecciones para el siglo XXI. *Revista Médica de Chile*, 134, 657-664
- Rosen, G. (1980). *De la policía médica a la medicina social*. México, D.F.: Siglo XXI
- Rosen, R & Dewar, S (2004). *On Being a Doctor: redefining medical professionalism for better patient care*. King's Fund Discussion Paper. London: King's Fund
- Rothman, D. (2000). Medical Professionalism: Focusing on the Real Issues. *The New England Journal of Medicine*, 342, 1284-1286
- Rubia, F. (Comp.) (2010). *Libro Blanco sobre el sistema sanitario español* Madrid: Academia Europea de Ciencias y Artes
- Ruiz-Quintanilla, S. A. & Wilpert, B. (1988). The meaning of working. Scientific status of a concept. En De Keyser, V.; Quale, T., Wilpert, B. & Ruiz-Quintanilla, S. A. (Eds.). *The meaning of work and technological options* (3-14.). Chichester, Eng: John Wiley & Sons.
- Sáez, J., Sánchez, M. y Sánchez, E. (2009). ¿Sociología de las profesiones en España? Entre la carencia y la necesidad de consolidación. *Universitas Tarraconensis: Revista de Ciències de l'Educació*, 1, 15-101
- Salanova, M. (1992). *Un estudio del significado del trabajo en jóvenes de primer empleo*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia.
- Salanova, M., Gracia, F. y Peiró, J. M. (1996). Significado del trabajo y valores laborales. En: Peiró, J.M. y Prieto, F. (Coords.). *Tratado de Psicología del Trabajo. Aspectos psicosociales del trabajo*. Vol. II. Madrid. Síntesis.
- Salanova, M. & Llorens, S. (2008). Current state of research on Burnout and future challenges. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 59-67
- Salanova, M. & Schaufeli, W. (2009). *El engagement en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza.
- Salanova, M. (Dir.). (2009). *Psicología de la Salud Ocupacional*. Madrid: Síntesis.
- Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. London: Sage.
- Santos, J. A. (1995). *Sociología del trabajo*. Valencia: Tirant Lo Blanch
- Sassen, S. (1998). *Los espectros de la Globalización*. Buenos Aires: FCE (2003)

- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. *Advances in Experimental Social Psychology*, 25, 1-65.
- Schwartz S. (2001). ¿Existen aspectos universales en la estructura y contenido de los valores humanos? En Ros, M. y Gouveia, V. (2001). (Coords.) *Psicología social de los valores humanos*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Schwartz, S.H. & Boehnke, K. (2004). Evaluating the structure of human values with confirmatory factor analysis. *Journal of Research in Personality*, 38, 230–255
- Schwartz, S. H., Lehmann, A., & Roccas, S. (1999). Multimethod probes of basic human values. In J. Adamopoulos & Y. Kashima (Eds.), *Social psychology and cultural context: Essays in honor of Harry C. Triandis* (107-123). Newbury Park, CA: Sage
- Sennet, R. (2000). *La corrosión del carácter*. Barcelona: Anagrama.
- Sahuquillo, M.R. (2012, 11 de Julio). *La SEMFyC considera que la retirada de la asistencia sanitaria a los 'sin papeles' es inmoral*. Recuperado de El País. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/07/11/actualidad/1342008687_687633.html
- Shanafelt, T. (2009). Enhancing Meaning in Work: A Prescription for Preventing Physician Burnout and Promoting Patient-Centered Care. *JAMA: the journal of the American Medical*, 302(12), 1338-1340.
- Schaufeli, W. B., Martinez, I., Marques-Pinto, A., Salanova, M. y Bakker, A.(2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Studies*, 33, 464-481.
- Schaufeli, W., Salanova, M., González-Romá, V, & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71–92.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). The Maslach Burnout Inventory—General Survey. In C. Maslach, S. E. Jackson, & M. P. Leiter (Ed.), *MBI manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315.

- Sharabi, M. (2010). The meaning of work among Jews and Arabs in Israel: the influence of ethnicity, ethnic conflict, and socio-economic variables. *International Social Science Journal*, 61, 501–510.
- Sigerist, H. (1974). *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá: Ed Guadalupe
- Siles, J. (1999). *Historia de la enfermería*. Alicante: Aguaclara.
- Smith, R. (2001). Why are doctors so unhappy? *The British Medical Journal*, 322, 1073-74.
- Sinca, G. (2009). *Vida secreta dels nostres metges*. Barcelona: Angle Editorial.
- Soares, C. R. (1992). *O significado do trabalho: um estudo comparativo de categorias ocupacionais*. Dissertação de Mestrado. Brasília: Universidade de Brasília.
- Soto, A. (2011). Narrativas de Profesionales Chilenos Sobre sus Trayectorias Laborales: La Construcción de Identidades en el Trabajo. *Psyche*, 20(1), 15-27
- Sox, ABIM American Board of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation y European Federation of internal medicine (2002). Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine*, p.243
- Sparrow, P. & Cooper, C. L. (1998). New Organizational Forms: The Strategic Relevance of Future Psychological Contract Scenarios. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 15 (4), 356–371.
- Spencer, H. (1932). Origen de las profesiones. *REIS Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 59/92, 315-325
- Stiglitz, J. (2009). Crisis mundial, protección social y empleo. *Revista Internacional del Trabajo*, 128 (1-2), 1-15.
- Stiglitz, J. (2012). *Caída libre: el libre mercado y el hundimiento de la economía mundial*. Tomado del blog de Eduardo Aquevedo el 1º de julio 2012: <http://aquevedo.wordpress.com/2012/01/25/j-stiglitz-la-economia-mundial-y-los-peligros-de-2012/>
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B. & Wiener, C. (1985). *Social Organization of Medical Work*. Chicago: University of Chicago Press.
- Super, D. (1970). *Work Values Inventory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Swick, H. M. (2000). Toward a normative definition of medical professionalism. *Academic Medicine*, 75, 612-616.

- Tajfel, H. (1981). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder. 1984
- Tamayo, A. (1994). Escala factorial de atribuciones de causalidad de la pobreza. *Psicología: Teoría e Pesquisa* Brasília, 10(1), 21-29
- Tamayo, A. y Borges, L. (2001). A estrutura cognitiva do significado do trabalho. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 2, 11-44.
- The World Bank (2011). *Global Economic Prospects. Maintaining progress amid turmoil*. Washington DC: The World Bank
- Thomas, P. & Hewitt J. (2011). Managerial Organization and Professional Autonomy: A Discourse-Based Conceptualization. *Organization Studies*, 32(10), 1373–1393
- Tauber, A. (2011). *Confesiones de un médico*. Madrid: Triacastela
- Todaro, R. y Yáñez, S. (Eds). (2004). *El trabajo se transforma. Relaciones de producción y relaciones de género*. Santiago de Chile: CEM Ediciones
- Tolfo, S. & Piccinini, V. (2007). Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicologia & Sociedade*, 19(1) Edição Especial, 38-46
- Toro, A. (2011). Consideraciones acerca de las cualidades del buen médico y del profesionalismo en medicina. *Acta Médica Colombiana*, 36 (1), 45-50
- Torregrosa, J.R. (1983). La identidad personal como identidad social. En Torregrosa, J.R. y Sarabia, B. (Comps.). *Perspectivas y contextos de la psicología social*. Barcelona: Hispano europea.
- Torres, T., Acosta, D. & Aguilar, M. (2004) Entre médicos y pacientes buenos y malos: puntos de vista de los actores de la relación médico-paciente. *Revista de Investigación en salud*, 6(001), 14-21
- Tripier, P. (1995) *Del trabajo al empleo*. Madrid: Ministerio del Trabajo y Seguridad Social.
- Unión Europea (2010). *X Estudio sobre las condiciones de trabajo en Europa. Fifth European Working Conditions Survey 2010*. Recuperado de internet el 14 de abril 2012 <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1074.htm>
- Üstün, B. & Jakob, R. (2005). Calling a spade a spade: meaningful definitions of health conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 802.

- Van de Camp, K. & Vernooij-Dassen, M. (2004). How to conceptualize professionalism: a qualitative study. *Medical Teacher*, 26(8), 696–702
- Vásquez, F. (1996). *El análisis del contenido temático*. En *Objetivos y medios en la investigación psicosocial (Documento de trabajo)* (pp. 47-70). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona
- Vega-franco, L. (2002) Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud: reseña histórica. *Salud pública*, 44(3), 258-265.
- Villardell, M. (2009) *Ser metge. L'art i l'ofici de curar*. Barcelona: Plataforma Editorial
- Vukusich C, A.; Olivari P, F.; Alvarado A, N. y Burgos M, G. (2004). Causas de la crisis de la profesión médica en Chile. *Revista médica de Chile*, 132(1), 1425-1430.
- Wagner P., Hendrich J., Moseley, G. & Hudson, V. (2007). Defining professionalism: a qualitative study. *Medical Education*, 41, 288–94
- Warr, P. (1987). *Work, Unemployment and Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Warr, P. (2007). *Work, Happiness and Unhappiness*. Mahwah, NJ: LEA.
- Watson, T. (2002). Professions and professionalism. Should we jump off the bandwagon, better to study where it is going?. *International Studies of Management and Organization*, 32(2), 93-15.
- Watson-Manheim, M., Chudoba, K., Crowston, K. (2002). Discontinuities and continuities: A new way to understand virtual work. *Information, Technology and People*, 15(3), 191–209.
- Watt I., Nettleton S., Burrows R. (2008). The views of doctors on their working lives: a qualitative study. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101, 592–597.
- Wear, D. & Altman, J., (editors) (2006). *Professionalism in Medicine: Critical Perspectives*. New York: Springer; 2006.
- Weber, M. (1922). *Economía y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica. (1964)
- Weber, M. (1905). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Madrid: Taurus Humanidades. (1992)
- Weller, J. (2007). *La flexibilidad del mercado de trabajo en América Latina y el Caribe. Aspectos del debate, alguna evidencia y políticas*. Serie Macroeconomía del desarrollo. 61. Santiago de Chile: División de Desarrollo Económico, CEPAL.

- Westwood, R. & Lok, P. (2003). The Meaning of Work in Chinese Contexts: A Comparative Study. *International Journal of Cross Cultural Management*, 3(2), 139-165
- W.H.O. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo*. Resumen de la Financiación de los Sistemas de Salud. Ginebra: OMS
- W.H.O. (2005). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Geneva, OMS. Tomado de internet 6-04-2012: <http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf>.
- W.H.O. (2010). Documentos oficiales recuperados de <http://www.who.int/publications/es/>
- Wilpert, B. (2009). Impact of globalization on human work. *Safety Science*, 47, 727–732.
- Wynia, M. (2008). The short history and tenuous future of medical professionalism: the erosion of medicine's social contract. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 565-578
- Zacarés J.; Ruiz, J. y Llinares, L. (2004). Identidad, orientación hacia el trabajo y proyecto vital de los jóvenes participantes en Programas de Garantía Social. Molpeceres, M. (Coord.). *Identidades y formación para el trabajo en los márgenes del sistema educativo: escenarios contradictorios en la Garantía Social*. Montevideo. Cinterfor /OIT. 197–254.
- Zambrano, A., Ramírez, M., Yepes, F.J., Guerra, J.A. y Rivera, D. (2008) ¿Qué muestran las encuestas sobre calidad de vida sobre el sistema de salud en Colombia? *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 122-130.
- Zuboff, S. (1988). *In the Age of the Smart Machine*. Oxford: Heinemann
- Zuger, A. (2004). Dissatisfaction with medical practice. *The New England Journal of Medicine*, 350, 69-75.

ANEXOS

ANEXO 1



Diccionario diseñado para el análisis del Significado del Trabajo

DESCRIPTORES NEGATIVOS

<i>Código general</i>	<i>Nº</i>	<i>Código específico</i>	<i>Nº</i>	<i>Descriptores</i>	<i>Descriptores</i>	<i>N</i>	<i>V a l e n c i a</i>		
<i>Condiciones Trabajo Negativas</i>	<i>1</i>	<i>Sobrecarga</i>	<i>1</i>	<i>Sobrecarga</i>	<i>Carga</i>	<i>Carga laboral</i>	<i>1</i>	<i>-</i>	
					<i>Sobredemanda</i>	<i>Demanda</i>	<i>-</i>		
					<i>Falta de tiempo</i>	<i>Trabajo pendiente</i>	<i>-</i>		
					<i>Saturación</i>	<i>Trabajo abrumador</i>	<i>-</i>		
					<i>Intensidad</i>	<i>Exigencia</i>	<i>-</i>		
					<i>Exceso</i>	<i>Trabajo extremo</i>	<i>-</i>		
					<i>Dureza</i>	<i>2</i>	<i>-</i>		
					<i>Sacrificio</i>	<i>3</i>	<i>-</i>		
					<i>Mala gestión (se refiere a la administración-gestión)</i>	<i>2</i>	<i>Mala gestión Planta deficiente</i>	<i>4</i>	<i>-</i>
								<i>5</i>	<i>-</i>
<i>6</i>	<i>-</i>								
<i>7</i>	<i>-</i>								
		<i>Falta de perspectiva</i>	<i>8</i>	<i>-</i>					
		<i>Burocracia</i>	<i>7</i>	<i>-</i>					
		<i>Politización</i>	<i>8</i>	<i>-</i>					

		Rigidez			9	-
Desorganización (formas de organización y distribución tareas)	3	Desorganización	Anarquía	Desorden	10	-
			Caos			-
		Falta de liderazgo			11	-
		Masificación			12	-
		Dispersión			13	-
		Deficiencia en equipo			14	-
Mal ambiente (social)	4	Mal ambiente			15	-
		Jerarquía	Imposición	Verticalidad	16	-
		Abuso de poder	Abuso	Organización impuesta	17	-
		Incomprensión			18	-
		Provocación			19	-
		Opresión			20	-
		Lucha			21	-
Injusticia	5	Injusticia		Inequidad	22	-
		Desbalance		Disparidad	23	-
		Incongruencia			24	-
		Humillación			25	-
		Exclusividad			26	-
Trabajo inapropiado	6	Trabajo inapropiado			27	-
		Aburrimiento			28	-
		Inercia	Continuismo	Monotonía	29	-
			Rutina			-
		Trabajo diario			30	-
Falta de recursos	7	Falta de recursos	Limitación		31	-
		Mala retribución	Baja remuneración		32	-
		Pobreza			33	-
		Bajo reconocimiento			34	-
Inestabilidad	8	Inestabilidad	Incertidumbre		35	-
		Inseguridad	Desprotección	Inseguridad	36	-

					<i>Vulnerabilidad</i>	<i>Falta de protección</i>		-
				<i>Precariedad</i>	<i>Temporalidad</i>		37	-
				<i>Terciarismo</i>			38	-
<i>Malestar</i>	2	<i>Insatisfacción</i>	9	<i>Insatisfacción</i>	<i>Inconformidad</i>		39	-
				<i>Desilusión</i>	<i>Desaliento</i>	<i>Descontento</i>	40	-
					<i>Desencantamiento</i>			-
		<i>Malestar</i>	10	<i>Malestar</i>	<i>Frustración</i>		41	-
				<i>Tristeza</i>			42	-
				<i>Impotencia</i>	<i>Resignación</i>	<i>Conformidad</i>	43	-
				<i>Confusión</i>			44	-
		<i>Pésimo</i>		<i>Pésimo</i>			45	-
				<i>Miedo</i>			46	-
				<i>Amenaza</i>	<i>Defensividad</i>		47	-
				<i>Consuelo</i>			48	-
				<i>Problemas</i>			49	-
				<i>Enfermedad</i>			50	-
<i>Agotamiento</i>	3	<i>Agotamiento</i>	11	<i>Agotamiento</i>	<i>Agobio</i>	<i>Desgaste</i>	51	-
					<i>Cansancio</i>			-
					<i>Presión</i>			-
					<i>Estrés</i>	<i>Tensión</i>		-
				<i>Burnout</i>			52	-
				<i>Desgaste emocional</i>			53	-
				<i>Ansiedad</i>			54	-
				<i>Preocupación</i>	<i>Agonía</i>		55	-
<i>Cinismo (actitud negativa hacia organización)</i>	4	<i>Poco compromiso</i>	12	<i>Poco compromiso</i>	<i>falta de compromiso</i>		56	-
				<i>Desafección</i>			57	-
				<i>Desmotivación</i>			58	-
				<i>Desconfianza</i>			59	-
				<i>Egoísmo</i>			60	-
				<i>Conveniencia</i>			61	-
				<i>Incomunicación</i>			62	-
				<i>individualidad</i>			63	-
				<i>Poca estimulación</i>			64	-

Despersonalización (Trato negativo a las personas)	5	Despersonalización	13	Despersonalización	Deshumanización	65	-	
				Impersonalidad		66	-	
				Terquedad		67	-	
				Menoscabo		68	-	
				Agresividad		69	-	
				Formateo		70	-	
Ineficacia (+alienación)	6	Ineficacia	14	Ineficacia		71	-	
				Ineficiencia		72	-	
				Incompetencia	Incapacidad Baja resolutivez	Inutilidad Mediocridad	73	-
				Infravaloración Subutilización	Atrofia	Futilidad	74	-

**DESCRIPTORES
POSITIVOS**

Código general		Código específico		Descriptores		Descriptores	V a l e n c i a		
Condiciones de trabajo Positivas	7	Buenas condiciones (se refiere a las condiciones socio-económicas)	15	Reconocimiento	Valoración	75	+		
				Remuneración	Pago	76	+		
				Seguridad	Estabilidad	77	+		
				Autonomía	Independencia	78	+		
				Organización		79	+		
				Flexibilidad	80	+			
				Oportunidades	16	Oportunidades		81	+
				Conciliación				82	+
				Diversidad				83	+
				Formación		Aprendizaje	Estudio	84	+
		Prevención				85	+		

Bienestar (Experiencia +)	8	Satisfacción	17	Satisfacción			86	+
				Bienestar	18	Bienestar		
		Felicidad	Alegría				88	+
		Gratificación	Agrado			Gratitud	89	+
		Beneficio					90	+
		Bondad	Bueno				91	+
		Tranquilidad	Comodidad				92	+
		Trabajo reconfortante	Trabajo adecuado				93	+
		Asertividad					94	+
		Vigor	9	Fortalecimiento	19	Fortalecimiento		
Determinación	Revitalización						96	+
Ilusión	Voluntad					Aspiración	97	+
	Entusiasmo					Estímulo		+
	Emoción							+
							98	+
Concentración	Absorción						99	+
Desafío	Interés					Reto	100	+
Optimismo							101	+
Esperanza	Expectativas					Futuro		+
Compromiso Responsabilidad Vinculación	10	Compromiso	20	Compromiso			102	+
					Entrega	Lealtad		+
							103	+
				Responsabilidad	Implicación	Constancia	104	+
				Identidad	Pertenencia		105	+
				Profesionalismo	Profesionalidad		106	+
				Formalidad			107	+
				Vocación	Misión	Carisma	108	+
				Motivación	Disponibilidad		109	+
				Dedicación	Esfuerzo		110	+
				Positividad			111	+
				Paciencia	Perseverancia		112	+
				Puntualidad			113	+
				Tolerancia			114	+
				Respeto			115	+
					Amor al trabajo	Significatividad	Aprecio al trabajo	116
	Gusto	Cariño al trabajo	Importancia		+			
				+				
	Ética	Moralidad	Honestidad	117	+			
			Honradez		+			
			Sencillez		+			
Buenas Relaciones Personalización	11	Buenas relaciones	22	Compañerismo			117	+
					Camaradería			+
							118	+
				Humanismo	Humanidad	Calidad humana		+
		humanización		+				
	Cooperación		Equipo	119	+			

Eficacia (+ realización)	12	Realización	23	Apoyo			120	+
				Sociabilidad	Interacción		121	+
				Ambiente grato			122	+
				Humor			123	+
				Amistad			124	+
				Buenas relaciones	Relaciones	Relación con enfermos	125	+
				Sensibilidad			126	+
				Empatía	Cordialidad	Amabilidad	127	+
								+
				Amor	Ternura		128	+
				Ayuda	Ayuda a la población	Solidaridad	129	+
				Comunidad	Beneficio social	Trabajo social	130	+
				Realización			131	+
				Entretenimiento			132	+
				Experiencia óptima	Experiencia buena		133	+
				Desarrollo	Crecimiento	Crecimiento personal	134	+
				Enriquecimiento	Ganancia		135	+
				Progreso	Evolución	Superación	136	+
	Orgullo			137	+			
	Autoestima			138	+			
		Eficacia	24	Productividad	Rendimiento		139	+
	Eficacia				Efectividad	140	+	
	Eficiencia					141	+	
	Calidad					142	+	
	Emprendimiento					143	+	
	Excelencia					144	+	
	Logro			Éxito		145	+	
	Proyecto			Meta	Proyección	146	+	
	Servicio					147	+	
	Utilidad			Utilidad-Servicio	Aporte	148	+	
	Confianza					149	+	
	Armonía					150	+	
	Proactividad				Resolución	151	+	
	Actuación					152	+	
	Trabajo Interdisciplinario					153	+	
					+			
	Mejora	Mejoría	Mejorabilidad	154	+			
		Perfeccionamiento			+			
Cambio	Innovación	Novedad	155	+				
	Actualización			+				
Vigencia			156	+				
				+				
	Competencias	25	Competencias	Capacidad	Experticia	157	+	
				Competencia	Aptitud		+	
Competitividad						158	+	
						+		
Conocimiento				Comprensión	159	+		
					+			
Sabiduría					160			

<i>Conciencia</i>	161	+
<i>Experiencia</i>	162	+
<i>Madurez</i>	163	+
<i>Especialización</i>	164	+
<i>Ingenio</i>	165	+

**DESCRIPTORES
NO
ESPECIFICOS**

<i>no específico</i>	13	<i>no específico</i>	99	<i>trabajo</i>	<i>ocupación</i>	999	S/ V
				<i>Realidad</i>			
				<i>Educación</i>	<i>Docencia</i>	999	
				<i>Investigación</i>	<i>Tutoría</i>	999	
				<i>Regla</i>			
				<i>Multiculturalidad</i>	<i>Inmigración</i>	999	
					<i>Emigración</i>	999	
				<i>Limpieza</i>			
				<i>Necesidad</i>			
				<i>Cielo</i>			
				<i>Gestión</i>	<i>Planificación</i>	999	
				<i>Pacientes</i>			
				<i>Público</i>			

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACION

CÓDIGO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Presentación

Un equipo internacional está desarrollando en diversos países un estudio sobre Calidad de Vida Laboral en Universidades y Hospitales, atendiendo al contexto de los cambios socioeconómicos y culturales que inciden en la organización y gestión de estas instituciones, así como en la experiencia de trabajo de las personas empleadas en las mismas y en la calidad del servicio que ofrecen a la sociedad.

El cuestionario que tiene usted en las manos no es un *examen* de respuestas *buenas o malas, correctas o erróneas*, sino una herramienta de investigación. Todos los puntos de vista expresados en él serán pues válidos e interesantes. La información recogida será procesada informáticamente y analizada globalmente, respetándose la confidencialidad de las respuestas y el anonimato de las personas participantes.

Le agradecemos de antemano su disposición a responder el cuestionario, el tiempo y la atención que le va a dedicar y la valiosa información que nos va a proporcionar. Por favor, lea las instrucciones y procure responder todas las preguntas.

Este cuestionario consta de 3 partes:

- La primera incluye algunos conjuntos de preguntas cerradas en las que se le invita a elegir en cada caso la respuesta numérica que concuerde con su punto de vista.
- La segunda está integrada por una serie de preguntas abiertas sobre su experiencia personal en lo que se refiere a calidad de vida en su trabajo.
- La tercera corresponde a los datos censales.

A continuación, se encontrará con series de afirmaciones textuales acompañadas de unas escalas numéricas (de 0 a 10 en unos casos y de 1 a 7 en otros) en las que deberá marcar la respuesta elegida rodeando con un círculo el número correspondiente.

En primer lugar, se le pedirá que valore algunos aspectos de las actuales condiciones de trabajo y del clima laboral en su centro. Posteriormente, se le preguntará por cómo ve y cómo vive su trabajo en este marco organizacional.

En los tres primeros apartados, le pedimos que nos hable de **SU CENTRO DE TRABAJO**

1 Valore los siguientes aspectos de las condiciones de trabajo en su centro
(rodeando el número elegido)

Pésimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Óptimo
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

Entorno físico, instalaciones y equipamientos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Recursos materiales y técnicos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prevención de riesgos laborales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Servicios auxiliares (limpieza, seguridad, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tiempo de trabajo (horarios, ritmos, descansos, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Organización general del trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Retribución económica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Carga de trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Calidad del contrato laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Oportunidades para la formación continua	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vías de promoción laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Compatibilidad trabajo – vida privada y familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Participación en las decisiones organizacionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autonomía en la toma de decisiones profesionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2 Valore también los siguientes aspectos del actual clima social en su centro
(rodeando el número elegido)

Pésimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Óptimo
---------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	---------------

Compañerismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relaciones con la dirección	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Respeto en el grupo de trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Apoyo recibido del personal directivo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reconocimiento del propio trabajo por colegas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reconocimiento del propio trabajo por personas usuarias	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Evaluación del rendimiento profesional por la institución	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autonomía en el ejercicio profesional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Justicia en la contratación, la remuneración y la promoción	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3 Puntúe la influencia de los siguientes valores en la política organizativa de su centro

Mínima influencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máxima influencia
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	--------------------------

Rentabilidad económica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Calidad del servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bien común	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Competitividad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Calidad de vida laboral del personal empleado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Productividad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ética de servicio público	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eficiencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espíritu de negocio privado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4 La actual organización del trabajo de mi centro...

Total Desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total Acuerdo
-------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------

Satisface mis intereses	1	2	3	4	5	6	7
Me exige según mis capacidades	1	2	3	4	5	6	7
Responde a mis necesidades	1	2	3	4	5	6	7
Encaja con mis expectativas	1	2	3	4	5	6	7
Se ajusta a mis aspiraciones	1	2	3	4	5	6	7
Concuerda con mis valores	1	2	3	4	5	6	7
Facilita que mis méritos sean valorados con justicia	1	2	3	4	5	6	7
Me permite trabajar a gusto	1	2	3	4	5	6	7
Me motiva a trabajar	1	2	3	4	5	6	7
Me da sensación de libertad	1	2	3	4	5	6	7
Me hace crecer personalmente	1	2	3	4	5	6	7
Me permite desarrollar mis competencias profesionales	1	2	3	4	5	6	7
Me proporciona identidad	1	2	3	4	5	6	7
Me hace sentir útil	1	2	3	4	5	6	7
Estimula mi compromiso laboral	1	2	3	4	5	6	7

5 Ante las demandas de mi organización ...

Total Desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total Acuerdo
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

Me adapto a la política del centro	1	2	3	4	5	6	7
Asumo los valores de la dirección	1	2	3	4	5	6	7
Acepto que me digan cómo debo hacer mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
Interiorizo fácilmente las normas establecidas en mi servicio	1	2	3	4	5	6	7
Me identifico con el espíritu de los cambios propuestos	1	2	3	4	5	6	7
Aplico el protocolo ante cualquier dilema de conciencia	1	2	3	4	5	6	7
Me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados	1	2	3	4	5	6	7

6 Considerando las actuales tendencias en el mundo del trabajo, pienso que...

Total Desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total Acuerdo
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------

El mercado pone a cada cual donde merece estar	1	2	3	4	5	6	7
Hay que adaptarse a la flexibilización laboral	1	2	3	4	5	6	7
En todo servicio se debe calcular el coste-beneficio	1	2	3	4	5	6	7
Trabajar es sobre todo un modo de ganar dinero	1	2	3	4	5	6	7
Urge abandonar las prácticas ineficientes	1	2	3	4	5	6	7
Carece de sentido un servicio no rentable	1	2	3	4	5	6	7
Competir es un modo natural de trabajar	1	2	3	4	5	6	7
Inevitablemente, la carga de trabajo será cada vez mayor	1	2	3	4	5	6	7
Un servicio es bueno en la medida en que es un buen negocio	1	2	3	4	5	6	7
Sería irracional resistirse a la lógica de la productivi	1	2	3	4	5	6	7
Quien desee tener un buen servicio debe pagarlo	1	2	3	4	5	6	7
Sólo nos cabe trabajar más duro por menos dinero	1	2	3	4	5	6	7
Todo servicio debe someterse a ley de la oferta y la demanda	1	2	3	4	5	6	7

7 Mi actual experiencia del trabajo está impregnada de ...

insatisfacción	1	2	3	4	5	6	7	satisfacción
inseguridad	1	2	3	4	5	6	7	seguridad
intranquilidad	1	2	3	4	5	6	7	tranquilidad
impotencia	1	2	3	4	5	6	7	potencia
malestar	1	2	3	4	5	6	7	bienestar
desconfianza	1	2	3	4	5	6	7	confianza
insensibilidad	1	2	3	4	5	6	7	sensibilidad
irracionalidad	1	2	3	4	5	6	7	racionalidad
incompetencia	1	2	3	4	5	6	7	competencia
inmoralidad	1	2	3	4	5	6	7	moralidad
maldad	1	2	3	4	5	6	7	bondad
intolerancia	1	2	3	4	5	6	7	tolerancia
incertidumbre	1	2	3	4	5	6	7	certidumbre
confusión	1	2	3	4	5	6	7	claridad
desesperanza	1	2	3	4	5	6	7	esperanza
fracaso	1	2	3	4	5	6	7	éxito
dificultad	1	2	3	4	5	6	7	facilidad
injusticia	1	2	3	4	5	6	7	justicia
incapacidad	1	2	3	4	5	6	7	capacidad
pesimismo	1	2	3	4	5	6	7	optimismo
ineficacia	1	2	3	4	5	6	7	eficacia
inutilidad	1	2	3	4	5	6	7	utilidad

8 En mi escala de valores personales, doy las siguientes puntuaciones:

Mínimo valor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Máximo valor

Vida social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Política	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pareja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dinero	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Religión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Familia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Consumo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ocio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9 En los últimos años,

Está bajando 1 2 3 4 5 6 7 Está subiendo

Mi motivación por el trabajo	1	2	3	4	5	6	7
Mi identificación con los valores de la organización	1	2	3	4	5	6	7
Mi rendimiento profesional	1	2	3	4	5	6	7
Mi capacidad de gestión de mi carga de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
La calidad de mis condiciones de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
Mi autoestima profesional	1	2	3	4	5	6	7
La cordialidad en mi ambiente social de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
La conciliación de mi trabajo con mi vida privada	1	2	3	4	5	6	7
Mi confianza en mi futuro profesional	1	2	3	4	5	6	7
Mi calidad de vida laboral	1	2	3	4	5	6	7
El sentido de mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
Mi acatamiento de las pautas de la dirección	1	2	3	4	5	6	7
Mi estado de ánimo laboral	1	2	3	4	5	6	7
Mis oportunidades de promoción laboral	1	2	3	4	5	6	7
Mi sensación de seguridad en el trabajo	1	2	3	4	5	6	7
Mi participación en las decisiones de la organización	1	2	3	4	5	6	7
Mi satisfacción con el trabajo	1	2	3	4	5	6	7
Mi realización profesional	1	2	3	4	5	6	7
El nivel de excelencia de mi organización	1	2	3	4	5	6	7
Mi eficacia profesional	1	2	3	4	5	6	7
Mi compromiso con el trabajo	1	2	3	4	5	6	7
Mis competencias profesionales	1	2	3	4	5	6	7

10 Se habla de que, en universidades y hospitales, emergen nuevas formas de organización y gestión del trabajo caracterizadas por un **modo mercantil** de plantear los problemas y de procurar las soluciones.

Valore cómo percibe, afronta y vive usted este proceso en su propio contexto de trabajo

Con Total Desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Con Total Acuerdo
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

11 Siempre existe alguna **distancia** entre los **sueños** y la **realidad**.

Valore a qué distancia está su actual experiencia laboral del trabajo de sus sueños

Muy cerca	1	2	3	4	5	6	7	Muy lejos
-----------	---	---	---	---	---	---	---	-----------

12 **Identidad profesional** es la manera de pensar, sentir, actuar, relacionarse y definirse como tal.
Valore cuánto influyen en su identidad profesional actual:

a. Su propia historia familiar, educativa y social

Poquísimos	1	2	3	4	5	6	7	Muchísimos
------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

b. Sus proyectos individuales de carrera profesional

Poquísimos	1	2	3	4	5	6	7	Muchísimos
------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

c. Su actual función laboral en su organización (demandas, tareas, responsabilidades, etc.)

Poquísimos	1	2	3	4	5	6	7	Muchísimos
------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

13 Algunas personas viven en su trabajo situaciones de coacción, de violencia (física, psicológica, simbólica, etc.), de presión indeseable o de falta de respeto a su dignidad e identidad como profesionales.

Valore cuánto de ello lo está viviendo usted en su actual trabajo

Poquísimos	1	2	3	4	5	6	7	Muchísimos
------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

14 Indique la frecuencia con que su trabajo le ocasiona los siguientes efectos:

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Siempre
-------	---	---	---	---	---	---	---	---------

EFEECTO	FRECUENCIA						
Continuación de tareas laborales en casa	1	2	3	4	5	6	7
Traslado de problemas laborales a otros ámbitos de la vida	1	2	3	4	5	6	7
Sobrecarga de actividad laboral	1	2	3	4	5	6	7
Desgaste emocional	1	2	3	4	5	6	7
Agotamiento físico	1	2	3	4	5	6	7
Saturación mental	1	2	3	4	5	6	7
Mal humor	1	2	3	4	5	6	7
Sentimiento de baja realización profesional	1	2	3	4	5	6	7
Trato despersonalizado a colegas o a personas usuarias del servicio	1	2	3	4	5	6	7
Frustración	1	2	3	4	5	6	7
Trastornos digestivos	1	2	3	4	5	6	7
Dolores de cabeza	1	2	3	4	5	6	7
Insomnio	1	2	3	4	5	6	7
Dolores de espalda	1	2	3	4	5	6	7
Tensiones musculares	1	2	3	4	5	6	7
Medicación para aliviar alguno de los síntomas mencionados	1	2	3	4	5	6	7

15. Escriba 4 PALABRAS CLAVE que definan su actual experiencia de TRABAJO en la UNIVERSIDAD/ en el HOSPITAL:

**Se dice que muchas cosas están cambiando en el mundo del trabajo.
Háblenos de cómo ve y vive este proceso de cambio en su trabajo concreto**

16. **En sus condiciones de trabajo** (materiales, técnicas, financieras, contractuales, salariales, temporales, etc.)

a. **¿Qué va mejorando?**

b. **¿Qué va empeorando?**

17. **En su ambiente social de trabajo** (relaciones con colegas, con dirección, con personas usuarias del servicio, etc.).

a. **¿Qué va mejorando?**

b. **¿Qué va empeorando?**

18. **En su actual mundo de trabajo,**

a. **¿Qué cosa buena se va perdiendo?**

b. **¿Qué cosa mala va desapareciendo?**

19. **Hable de algo que usted no soporte** (y que no esté en disposición de aceptar ni de tolerar) **en su actual entorno de trabajo.**

20. Ante ciertas demandas de la organización que parecen inaceptables, algunas personas se limitan a cumplirlas con mayor o menor entusiasmo, pero otras se resisten a hacerlo, más o menos abiertamente y de diversas formas. **Cuente alguna forma de resistencia que usted haya practicado ante demandas organizacionales que haya considerado inaceptables.**

21. **Explique en qué sentido los actuales cambios en su organización:**

a. **Afectan su identidad como profesional**

b. **Influyen en su identificación personal con la organización**

c. **Generan tensiones entre su propio modelo de profesional y el modelo de profesional que actualmente le demanda su organización**

22. Cuente algún **acontecimiento reciente** que haya impactado fuertemente en su calidad de vida laboral como persona trabajadora, o en la de su centro de trabajo

23. **Sobre su carga de trabajo y su tiempo para realizarla,**
a. **¿Le basta, le sobra o le falta tiempo para realizar su trabajo?**

b. **¿Cómo vive esta situación?**

24. **Cuéntenos en qué medida las actuales condiciones de trabajo en su centro le permiten desarrollar plenamente los componentes éticos de su profesión**

25. Algunas personas viven en su trabajo situaciones de **coacción**, de **violencia** (física, psicológica, simbólica, etc.), de presión indeseable o de falta de respeto a su dignidad e identidad como profesionales.

c. **¿En qué circunstancias ocurren estos hechos en su trabajo?**

d. **¿Cómo debería organizarse su trabajo para que esto no ocurriera?**

26. **Háblenos de formas de apoyo social entre colegas de trabajo en su centro y de los factores que facilitan o dificultan estos actos de compañerismo**

27. Cuente algún sueño o fantasía sobre su trabajo (que usted haya elaborado estando despierto o que haya tenido durmiendo)

28. Mirando al futuro de su mundo de trabajo,
a. ¿Qué visualiza como esperanzador?

b. ¿Qué percibe como inquietante?

29. ¿Qué se puede hacer para mejorar su actual entorno de trabajo?
e. ¿Qué puede hacer usted como persona trabajadora?

f. ¿Qué se puede hacer a nivel de su centro o de política general?

DATOS CENSALES

Marque con una **X** la casilla de la respuesta elegida

- Brasil Chile España Perú USA Venezuela _
30. **País:** Argentina Colombia Paraguay Uruguay Otro _____
- Brasil Chile España Perú USA Venezuela _
31. **Nacionalidad:** Argentina Colombia Paraguay Uruguay Otra _____
32. **Sexo:** Hombre Mujer
33. **Año de nacimiento:** 19____
34. **Actualmente vivo:** Solo/a Con pareja Con otros familiares Con otras personas
35. **Número de hijos menores de edad y/o de personas dependientes a cargo:** ____
36. **Tareas domésticas:** Las asume en exclusiva Las comparte Las asume otra persona
37. **Sustento familiar:** Lo asume en exclusiva Lo comparte Lo asume otra persona
38. **Nivel de vida:** Bueno Regular Malo
39. **Práctica profesional:** Docencia-Investigación en Universidad
- Medicina en Hospital Enfermería en Hospital
40. **Antigüedad en la profesión:** ____ años
41. **Situación contractual:** Contrato estable (indefinido) Contrato inestable (temporal)
- (En caso de) Temporalidad contrato: Voluntaria No Voluntaria
42. **Dedicación laboral al centro:** Jornada completa Tiempo parcial Otra _____
43. **Actual régimen de dedicación laboral al centro:** Voluntario No Voluntario
44. **Tipo de centro:** Universidad Hospital
45. **Carácter del centro** (Titularidad, Gestión, Utilización, etc.): Pública Mixta Privada
46. **Antigüedad como profesional en el centro:** ____ años
47. **Responsabilidades directivas (actuales o pasadas) en el centro:** Sí No

AGRADECIMIENTO, DESPEDIDA Y HASTA LA VISTA, SI NOS LO AUTORIZA.

Usted ha sido extraordinariamente amable al participar en esta investigación, brindándonos sus puntos de vista y su experiencia. Por nuestra parte, además de agradecerle su participación, le hemos garantizado el respeto a la confidencialidad y usted ha confiado en nuestro equipo. Estamos por muchas razones en deuda con usted; por lo que nos comprometemos a devolverle, si lo desea, vía e-mail, la información que elaboremos a partir de aportaciones como la suya. Pero ello exigirá poner entre paréntesis la cláusula de confidencialidad, reforzar la confianza mutua y disponer de su correo electrónico para remitirle esa información elaborada.

Tenemos además una razón científica para atrevernos a decirle "hasta la vista": en esta fase preliminar de nuestra investigación, estamos combinando una técnica cuantitativa (encuesta) y otra cualitativa (entrevista) de aproximación a experiencias como la suya. Esperamos poder cerrar el círculo virtuoso de esta etapa aplicando, dentro de unos meses, a algunas personas que hayan participado en la presente fase, eventualmente, una nueva prueba (grupo focal), proceso que incrementaría la calidad de la información obtenida. Nuestro profundo agradecimiento por todo.

Y (sólo) si usted lo estima pertinente y oportuno, puede dejarnos su dirección e-mail:

Por favor, si desea comentar o añadir algo a lo que ya nos ha dicho, hágalo en las líneas siguientes.

_____ **MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO, SU ATENCIÓN Y SU VALIOSA APORTACIÓN!**

