



**Universidad de San Andrés**

**Escuela de Administración y Negocios**

**Maestría en Administración de Negocios (MBA)**

***Cómo se conforma el proceso de (re)construcción de identidad  
en el profesional médico del primer nivel de atención***

**Autor: Claudia Cecilia Dreyer**

**DNI/Pas: 16600144**

**Director de Tesis: Pamela Suzanne**

**Victoria, Provincia de Buenos Aires, 28/12/2016**



## Escuela de Administración y Negocios

UdeSA

**“Cómo se conforma el proceso de (re)construcción de identidad en el profesional médico del primer nivel de atención”**

**Trabajo de graduación**

Alumno: Claudia Cecilia Dreyer

Mentor: Pamela Suzanne

Firma del Mentor

Victoria, Provincia de Buenos Aires, 28/12/2016

## Contenido

“Cómo se conforma el proceso de (re)construcción de identidad en el profesional médico del primer nivel de atención” .....	1
Contenido .....	2
1. Resumen .....	3
1. Introducción .....	5
2. Justificación.....	5
3. Metodología .....	6
Objetivo general: .....	7
Método.....	7
Análisis de datos.....	9
Marco teórico.....	10
Construcción de la identidad .....	11
El entorno .....	12
El recorrido.....	12
La situación en Argentina.....	14
Cambios de “lógica” en los sistemas de salud.....	16
Atención Primaria en Argentina.....	17
4. Hallazgos .....	18
El currículum vitae o “carrera de la vida” .....	19
Punto de partida.....	19
Los referentes .....	21
El recorrido.....	21
Mecanismos de adaptación.....	29
Trabajo emocional .....	30
Contrato psicológico.....	36
Respuesta a la adaptación.....	42
La autenticación del rol .....	43
Adaptación y reformulación .....	44
El reposicionamiento.....	47
Feminización de la profesión.....	50
5. Discusión.....	53
6. Bibliografía.....	55
7. Anexos.....	57

## **1. Resumen**

Van de Kamp (2004), Prat (2006), Kyratsis, (2013), Cruess (2015) intentan establecer una definición y analizar los múltiples factores que operan en la constitución de la identidad profesional médica. La Academia Real española define la identidad como el conjunto de rasgos propios o de una colectividad, que los caracterizan frente a los demás. Las motivaciones iniciales tienen que ver con la vocación y la influencia del círculo cercano de las personas, familia, amigos y referentes. Durante la vida laboral se va reconstruyendo la identidad profesional en base a valores, creencias, y normas que la regulan. En Argentina la formación de la identidad del médico está fuertemente relacionada a las organizaciones formativas como la universidad y las residencias, pero también está influenciada por el concepto de trabajo médico, el tema de la “vocación” como un apostolado, el cambio de modelo de profesión “liberal”, así como los cambios políticos y organizacionales ante la creciente demanda del sistema sanitario y la sociedad. El objetivo de este trabajo es analizar el proceso de construcción de la identidad profesional del médico del primer nivel de atención, de cómo impactan en ella los cambios sociales, tecnológicos y políticos que atraviesa, así como la identidad se adapta en el hacer cotidiano. Debido a la naturaleza exploratoria del estudio, se diseñó un abordaje de investigación cualitativo. Se realizó un estudio de 19 casos donde se exploró, a través de las entrevistas, las situaciones que construyen y reconstruyen la formación de la identidad profesional en un proceso iterativo de ida y vuelta analizando el recorrido, las “violaciones” o situaciones que producen el enriquecimiento y reformulaciones de la misma. Se analizaron aspectos como los cambios de contrato psicológico ante los cambios de lógica del sistema y las nuevas formas de trabajo y su reposicionamiento, los aspectos del trabajo emocional y adaptaciones de la personalidad generadas al trabajo en la frontera de las organizaciones, así como la autenticación de la identidad en el recorrido efectuado de la carrera y la feminización de la medicina. Como conclusión, en base a los hallazgos se intenta armar un modelo donde se explica cómo los profesionales médicos van cambiando sus identidades a lo largo de su carrera, qué factores inciden y cómo responden a ellos. Este modelo permite aportar conocimiento para modelos de gestión de cambio a educadores y gestores de organizaciones públicas y privadas.

*Juramento Hipocrático (adaptado para la Carrera de Medicina, UBA)*

***Juráis,***

*Conservar el respeto y el reconocimiento a que son acreedores vuestros maestros.*

*Ejercer vuestro arte con conciencia y dignidad*

*Hacer de la salud y la vida de nuestros enfermos la primera de vuestras preocupaciones.*

*Respetar el secreto de quien se os haya confiado a vuestro cuidado.*

*Mantener, en la máxima medida de vuestros medios, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica.*

*Considerar a colegas como hermanos.*

*No permitir jamás que entre el deber y el enfermo se interpongan consideraciones de raza, religión, nacionalidad, partido o clase.*

*No utilizar bajo amenazas los conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad.*

*Si cumplieréis íntegramente este Juramento, que podáis gozar de vuestra vida y de vuestro arte y disfrutar de perenne estima entre los hombres. Si lo quebrantáis, que vuestra conciencia y el honor de la profesión médica en la que acabáis de ingresar os lo demanden*

*Fuente: <http://www.fmed.uba.ar/depto/microbiologia/eljuhi.pdf>*

Universidad de  
**San Andrés**

## **1. Introducción**

Paul Starr en *The Social Transformation Of American Medicine* (1982) escribe que “la evolución del cuidado de salud implica re escribir el contrato entre el profesional y la sociedad sometiendo el cuidado médico a la disciplina de la política de mercado y reorganizando sus bases en una estructura institucional”.

Si bien ese proceso se describe en EEUU, parecería universal, y los profesionales de la salud están frente a las consecuencias evidentes de un cambio de contrato que rige su “hacer”. En Argentina la formación de la identidad profesional está fuertemente relacionada a las organizaciones educativas como la universidad y organizaciones educativas de posgrado. Pero también está influenciada por el concepto de trabajo médico y el tema de la “vocación como un apostolado” y la de “profesión liberal” donde antiguamente el cliente pagaba y recibía el servicio o la prestación. Actualmente el cliente toma seguros de salud o la empresa donde trabaja transfiere aportes a la seguridad social que “transfiere” la atención a instituciones públicas y privadas. Cuando el que paga no es el que recibe la prestación y el que recibe la prestación no paga directamente, la posibilidad de problemas de “accountability” aumenta, sobre todo si la relación contractual no es clara. Esta última se refiere a la responsabilidad del profesional de dar cuentas a sí mismo, a la sociedad, tanto como su compromiso con las organizaciones donde trabajan. La situación de la identidad profesional está reflejada en la legislación, códigos de ética, licencias y seguros, así como los ejemplos de modelos o mentores. A diferencia de otros trabajadores en organizaciones de salud, el médico es el único integrante de las mismas que en general percibe honorarios por lo que trabaja para su prestigio personal, autonomía y con el privilegio de la posibilidad de la auto organización, decidir y regularse a sí mismo como expresa el concepto de identidad profesional del siglo pasado. El resto de los profesionales en general están asalariados, lo que implica trabajar en nombre de terceros y con condiciones muy diferentes. En general los procesos de cambio y estructuración organizacional tienen dificultades para integrar a los profesionales médicos a pesar de que la operatoria de las mismas pasa mayoritariamente por ellos. La posibilidad de comprender la formación de la identidad profesional construida en las organizaciones donde se forman y trabajan, es clave para cualquier proyecto de cambio de organizaciones de salud actuales tanto públicas como privadas o del sistema de salud en su conjunto.

## **2. Justificación**

Muchas veces en otras actividades se pregunta: ¿Dónde trabajan? Y en los profesionales, especialmente médicos se dice: ¿Qué hace usted o qué especialidad tiene?

La información y conocimiento adquirido con la investigación, podría ser útil a los responsables de capacitación y desarrollo para el diseño e implementación de programas formativos (Cruess, 2015).

El motivo por el cual se realiza este presente estudio es analizar los factores que inciden en la conformación de la identidad profesional con el objetivo de brindar información que permita analizar los procesos de cambio institucionales y los factores que regulan el resultado de la intervención en el profesional. En el año 2015 se presentó un trabajo demográfico sobre médicos en Argentina por el Ministerio de Salud (OPSMinisterio de Salud República Argentina, 2015), donde se plantea que para planificar hay que saber dónde estamos. La información brindada en ese documento es de carácter cuantitativo, mostrando importantes cambios en cuanto a la cantidad de profesionales médicos y su distribución en distintas zonas del país, así como entre otros cambios, la feminización de la profesión. La información no sólo debe ser cuantitativa sino cualitativa para poder armar un plan de RRHH acorde a las necesidades del país y de las organizaciones donde se trabaja.

Históricamente la universidad ejerce un fuerte rol y luego en el caso de los profesionales médicos, la residencia tiene un especial rol en etapas tempranas de su formación de identidad profesional. La formación de la identidad profesional (y en especial en el primer nivel de atención) está dirigida a etapas formativas iniciales, pero hay escasa información de la influencia de las organizaciones donde trabajan, las normas, reglas y aspectos culturales organizacionales que “moldean” esa identidad profesional en el tiempo. La formación y su evaluación, el rol de modelos y mentores y el entorno de aprendizaje son importantes en la formación de la identidad profesional. De acuerdo a la bibliografía consultada, el espacio formativo de la residencia como primera etapa es muy importante en la conformación de la identidad profesional pero faltan datos acerca de los aspectos que moldean la identidad del profesional en su madurez.

No se sabe que ha pasado en Argentina con la formación de la identidad profesional en un contexto donde la matrícula profesional ha disminuido, y solo el 50% de los egresados realiza residencia en los últimos 10 años. Probablemente hayan entrado en juego otros actores en la formación de su identidad profesional y de su desarrollo en las organizaciones donde trabajan, en la legislación (o su ausencia) y en las mismas organizaciones profesionales para un resultado de la formación de la identidad profesional muy poco estudiado y regulado.

### **3. Metodología**

El presente trabajo busca analizar el proceso de (re)construcción de identidad en el profesional médico del Primer Nivel de Atención y su vinculación con el tipo de organizaciones donde se desempeña con el objetivo de brindar información a las políticas institucionales y estatales, siendo la salud un área altamente regulada y controlada por el Estado, formando parte de las políticas públicas.

Los profesionales, como profesión de origen liberal, se caracterizan en general, porque su lealtad se define en función de su carrera y no en término de los intereses de las organizaciones donde trabajan. A pesar de eso hay un enorme aumento de obligaciones que emanan de las leyes, normativas de las organizaciones (inclusive el Estado), así como de los clientes/

usuarios/pacientes y los mismos cambios de la sociedad y del mercado. Este juego de poderes moldea fuertemente la identidad profesional.

A través de este trabajo se intenta responder cómo se va formando la identidad profesional, qué peso tienen los distintos factores que operan, cuál es la situación actual del profesional en su satisfacción personal de desarrollo vocacional, de servicio a los demás y el ajuste que se realiza en relación a las organizaciones donde trabajan.

### **Contexto de la investigación**

Se espera a través de los resultados, obtener información que permita generar sistemas de formación y capacitación acordes a las necesidades del sistema de salud y sus políticas públicas, de la sociedad y de las organizaciones.

### **Objetivo general:**

Comprender el proceso de construcción de la identidad profesional del médico que se dedica al primer nivel de atención

A través de entrevistas y búsqueda bibliográfica se busca:

- Indagar el itinerario que conforma la identidad y los factores que operan: contractual, tradición, imaginario social. Condicionantes y disposiciones lo regulan.
- Establecer los factores condicionantes del quehacer cotidiano que impactan en su identidad profesional.
- Establecer los mecanismos de reformulación de su identidad profesional expresados en el quehacer cotidiano.

### **Método**

Se realizó un tipo de estudio exploratorio. El objetivo fue buscar algunos postulados que luego puedan ser utilizados en proyectos de capacitación y desarrollo profesional así como las conductas adaptativas que suceden en el devenir de la carrera profesional.

En primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica de los antecedentes a este trabajo, así como una comprensión de los factores que regulan la identidad profesional

Luego se inició el trabajo de campo con entrevistas a profesionales de frontera o del primer nivel de atención. El universo de evaluación se delimitó a aquellos profesionales del primer nivel de atención (especialmente clínicos o de familia, o generalistas, pediatras y ginecólogos) que tuvieran como ámbito de trabajo el área metropolitana.

El criterio de inclusión fue entrevistar aquellos médicos con más de 4 años de recibidos, ya que en ese tiempo transcurre la etapa formativa más importante para la formación de la identidad profesional y que ésta cristaliza en los años subsiguientes con las influencias medioambientales, que trabajen en sector público o privado en primer nivel de atención (80% o más del tiempo en contacto con cliente). La búsqueda de médicos se realizó con método de “bola de nieve” donde se hacía una entrevista y se le pedía que sugirieran a otro colega, pero también se intentó indagar en profesionales de distintos ámbitos, que trabajen tanto en zona norte como sur



del conurbano bonaerense y con formaciones en residencias tanto de CABA como de la Provincia de Buenos Aires para tratar de representar toda el área metropolitana.

Se realizaron 20 entrevistas semi-estructuradas iniciales a médicos del primer nivel de atención localizados en el área metropolitana. Una de las entrevistas fue excluida del análisis por ser una médica que había estudiado en Cuba y se notaba enorme diferencia en la formación de su identidad profesional inicial.

La composición del universo de estudio fue: 5 médicos de familia-generalistas, 5 ginecólogos, 5 pediatras y 4 clínicos generales. De los 19 entrevistados, 4 eran sexo masculino y 15 sexo femenino. Todos los profesionales entrevistados estaban al momento de la entrevista en su lugar de trabajo asistencial. Algunos de ellos cumplían otras funciones al momento del estudio, por ejemplo, una médica de familia entrevistada por su función de médica en una salita del Gran Buenos Aires, estaba también en funciones de gestión en Gobierno Ciudad Autónoma de Buenos Aires, otro entrevistado es Jefe de Servicio de Tocoginecología en clínica privada y otro, si bien se lo entrevistó en una guardia de institución privada, actualmente es Jefe de Residentes de clínica médica en hospital provincial provincia de Buenos Aires.

Se utilizó metodología cualitativa de tipo exploratoria y empírica de comparación en múltiples instancias. Se hicieron entrevistas semiestructuradas donde en base a la información aportada se permitió observar cómo se conforma la identidad, qué factores inciden y cuál es el proceso de reconstrucción y construcción de la misma en base a factores individuales y externos, sobre todo organizacionales. Las entrevistas se realizaron entre 7 de octubre y 4 de diciembre de 2016.

Las entrevistas duraron entre 40 y 60 minutos con muy buena predisposición de los profesionales. Las mismas fueron grabadas con sistema aportado por celular Samsung y luego transcritas en papel en su totalidad. Todos los profesionales aceptaron y grabaron el consentimiento durante la entrevista. La entrevistadora utilizó la observación participante en muchas de ellas. El cuestionario se exhibe en anexo 1.

El número de entrevistas se detuvo luego de que se encontró la “saturación” o sea la repetición de los aspectos relevantes del discurso o la falta de aportes nuevos a la investigación en criterio de la entrevistadora, teniendo en cuenta los aportes que podían aportar valor al presente estudio y en las 4 especialidades del primer nivel de atención (pediatría-tocoginecología-medicina general/ familiar y clínica general). Cierta información no fue grabada ya que en algunos casos los entrevistados pidieron que la información aportada sea con grabador apagado. El tipo de datos aportados por los profesionales permitió una enorme riqueza de información que hubiera sido imposible en una investigación de tipo cuantitativo. Se hizo revisión documental de reportes gubernamentales, análisis de reglamentos, políticas y normativas de Colegios Médicos, Asociaciones Profesionales y artículos periodísticos relacionados con el primer nivel de atención y análisis de las reformas del sistema de salud de los últimos años.

## Análisis de datos

Los datos recolectados se fueron agrupando y se comparaban con la teoría en un proceso iterativo de ida y vuelta que generara conocimiento y valor al trabajo. La transcripción se realizó tratando de respetar el lenguaje hablado pero colocando entre paréntesis las palabras que permitieran dimensionar el contenido y la comprensión lectora. En un primer intento se buscaron patrones que permitieran ver los condicionantes o “amenazas” que afectan la identidad profesional como resultado de las influencias medioambientales, *el ejercicio comparativo de cómo se consideraban a sí mismos y sus comprensiones subjetivas de lo que eran en la vida cotidiana*. Así surgió un primer patrón de codificación con una primera oleada de siete entrevistas en base a la guía de entrevista anexada. Se trabajó con la tutora para establecer un primer análisis basado en el recorrido profesional a principios de noviembre de 2016. En la segunda etapa en base a los datos obtenidos y a la subsiguiente búsqueda bibliográfica y documental se decidió profundizar en algunos aspectos de la guía de entrevista que aportaran más riqueza a la investigación como aspectos relacionados al género, al trabajo emocional y al contrato psicológico, que expresaban en mejor medida a nuestro entender los fenómenos observados ya que aparecían en la totalidad de las entrevistas y asumimos que aportaban mayor riqueza a la investigación iniciada para dar un marco teórico acerca de la construcción reconstrucción de la identidad.

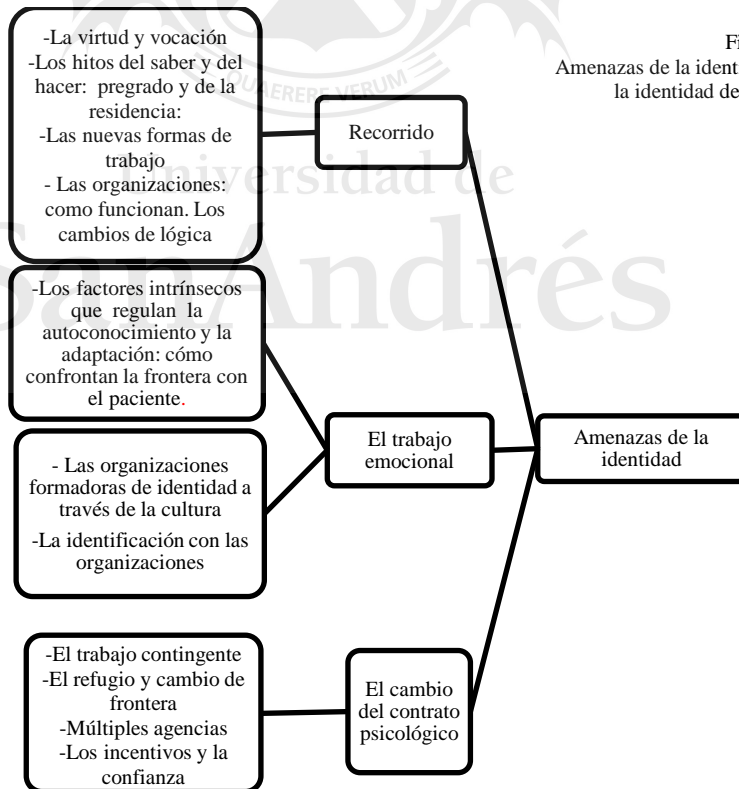
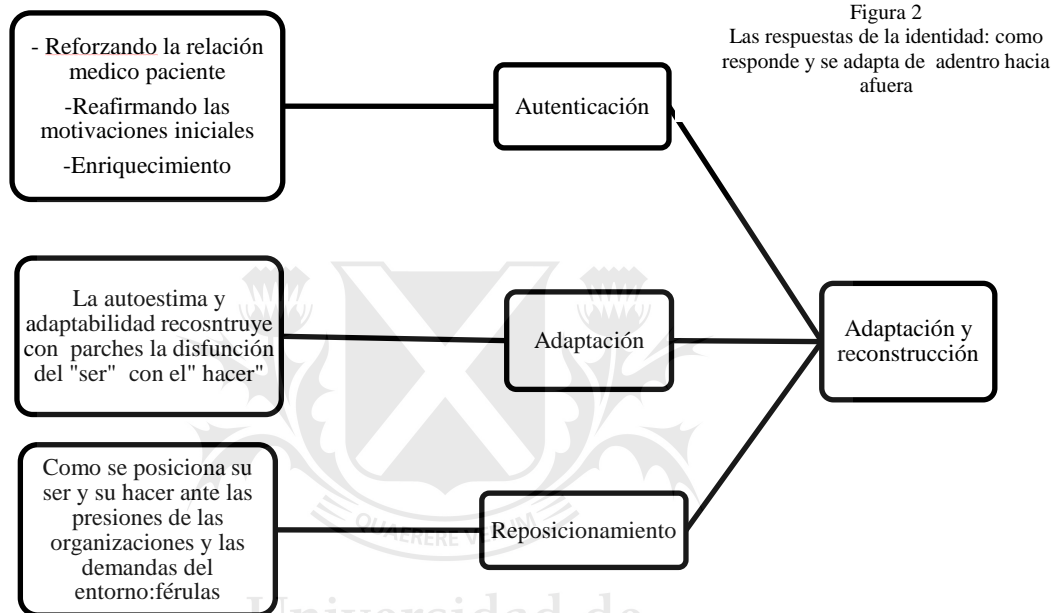


Figura 1  
Amenazas de la identidad; Fuerzas que moldean la identidad de afuera hacia dentro

En una tercera etapa se volvió a reajustar tratando de separar la descripción del fenómeno que define como la identidad responde a las “amenazas” con conductas adaptativas en relación a su trabajo. Estas reflejan como construyen o reconstruyen con mayor o menor éxito sus identidades profesionales.

Se realizó con la tutora un ajuste o adaptación de los datos con la comprensión teórica intercalando los hallazgos con el contenido bibliográfico explorado.



### Marco teórico

La identificación y el fomento de los factores que inciden en la formación profesional, así como la reflexión de los factores organizacionales a lo largo de la vida profesional, como la naturaleza del sistema de salud y las organizaciones donde se trabaja permiten la comprensión de lo que es un profesional médico y lo que desea, tanto como para evaluar si esa formación identidad profesional es útil para las mismas organizaciones y para las necesidades de la sociedad.

Se usará el criterio de “construcción y reconstrucción”, como indica la literatura y las teorías de formación de la identidad profesional, donde se incorpora el nivel organizacional. Hay pocos estudios que relacionan las motivaciones individuales con las fuerzas institucionales y evidencia de que los cambios de roles, la misma construcción de la identidad profesional y su reconstrucción a lo largo del tiempo tienen gran dificultad y resistencia por parte de los profesionales, como expresan distintos autores (Chreim, 2007; Kyratsis, 2010). Por lo tanto las organizaciones que juegan un rol en la socialización del profesional (estatales, públicas, privadas, académicas, deben considerar este último aspecto.

Una profesión es un grupo de individuos que presentan una pericia particular, basada en un proceso extenso de aprendizaje. Se define como profesionalidad médica al “compromiso de

llevar a cabo las responsabilidades profesionales, la adhesión de principios éticos y la sensibilidad a una población de pacientes diversos”, según Consejo de Graduados de Educación Médica de EEUU. La formación de identidad profesional es el proceso de socialización a través del que la identidad profesional es formada. Lo definen objetivos, valores, creencias, normas que regulan su actividad, generalmente asociados con un rol. La identidad se forma tempranamente y se mantiene a lo largo de la vida pero el entorno juega un rol “desestabilizador” generando dos tipos de respuesta: la primera llamada “respuesta de protección de la identidad” y la segunda “respuesta de reestructuración de la identidad” (Pratt, 2006; Ashforth y Humphrey 1993; Kyratsis, 2013).

La identidad de individuos ligados a organizaciones se puede dividir en dos variantes: una por fuera del trabajo y otra ligada a organizaciones laborales. La identidad profesional es diferente a cualquier otra definición de identidad social y se apuntala mucho en el concepto de autonomía y el compromiso por valores profesionales. Esto es particularmente crítico en los médicos que “resisten fieramente a los gerentes no clínicos a invadir su privacidad y poner en peligro el bienestar de los pacientes”. La investigación en el área de la identidad profesional parecería ser importante en la formulación de la teoría de las organizaciones (Kyratsis, 2013).

#### *Construcción de la identidad*

La conformación de identidad profesional es la manera de que los individuos dan sentido a su trabajo y cambian su entorno, así como su entorno define su identidad en un proceso iterativo. Es central comprender cómo los profesionales interpretan las situaciones, “personalizan” la adaptación a las mismas y la expresan en el trabajo. Hay autores que argumentan que la identidad puede ser descrita como secuencia de transacciones recurrentes y cortas entre la persona y su contexto. En la conformación de la identidad profesional hay aspectos que son relativamente estables a lo largo de la vida, mientras otros son más dinámicos y cambian en la medida que aspectos personales, interpersonales y colectivos se alteran. Algunos son conscientes y otros son automáticos e implícitos. Aunque la identidad se estabiliza según algunos en temprana adultez, la misma se también se transforma a lo largo de la vida (Pratt, 2006).

Kegan (1982) ha propuesto un modelo de formación de la identidad profesional que utilizan los dentistas, militares y la medicina entre otros. Ellos incluyen 1) incorporación, 2) impulsión, 3) imperativo, 4) interpersonal, 5) institucional, 6) interindividual. En la formación inicial de jóvenes profesionales son importantes los estadios impulsivo e imperativo donde el individuo toma en cuenta los puntos de vista de otros pero predominan intereses y punto de vista personales, donde la persona sigue las reglas y es correcta, la reflexión es baja y predomina la emoción sobre la razón, A medida que avanza el desarrollo de la identidad profesional médica, empiezan a influir los aspectos interpersonales (3) donde se observan varias perspectivas y puntos de vista. El individuo empieza a considerar cómo es percibido por otros (comparten obligación, es idealista, tiende a emular a otros y es autorreflexivo y comienzan a pensar que deben hacer lo correcto). Con respecto a lo institucional (4), la persona asume su rol, entra en términos de principios y estándares y su estima se define independientemente de “el afuera”. La persona es

capaz de entender relaciones en términos de diferentes valores y expectativas. En esta etapa la razón está por encima de deseos y pasión.

Pratt (2006) expresa que los profesionales conforman y reconstruyen su identidad profesional cuando confrontan lo que creen que son como profesionales médicos, con lo que efectivamente hacen. La define como “evaluación de la integridad al trabajo” que implica consistencia entre lo que se es y lo que se hace. Cuando esa confrontación entre lo que es y lo que se hace no coinciden, producen “violaciones” a la identidad. La forma como la identidad procesa y ejecuta los cambios necesarios para adaptarse a lo que se hace es la “personalización” de la identidad que se expresa en el quehacer del trabajo.

#### *El entorno*

En trabajos publicados como Cruess (2010), se trata de responder la pregunta: ¿En qué usted se convierte a lo largo de su carrera? Al tratar de responderla, recorre la definición de identidad profesional y personal en las distintas etapas como estudiante, residente y médico donde existen dos fuerzas como son la socialización y la identidad personal. Entre estas dos existe un juego “de negociación” donde se acepta, se compromete o se rechaza.

El contexto externo organizacional influye en la formación de la identidad profesional. Esto es más evidente en el sector servicios, donde hay un servicio cara a cara, una “frontera” entre la organización y el afuera, Hay una fuerte interfase organización-usuario que moldea la estructura de la identidad del sujeto que trabaja en ese espacio(Ashforth yHumphrey, 1993)

Mac Kenzie (2007) refiere que la formación de la identidad profesional médica ha sido atravesada por un sinnúmero de fuerzas y fenómenos sociales: el aumento vertiginoso de los costos de salud, la incapacidad por establecer un sistema de salud acorde a las necesidades de salud pública y de los individuos en particular, los descubrimientos del siglo XX como los antibióticos que cambiaron la expectativa de vida de las personas, el advenimiento de la medicina basada en la evidencia, la aparición del concepto de “calidad”, la necesidad de trabajo en conjunto y los movimientos de seguridad de los pacientes. Los sistemas de información que permiten acceso a información rápida y eficaz para el sistema de salud y para los pacientes. Aparentemente la profesión no ha acompañado estos cambios y aparentemente ha sido un factor condicionante a la pérdida de privilegio tradicional que la sociedad ofrece a la profesión médica.

Según las fuentes bibliográficas consultadas no se han desarrollado herramientas para poder evaluar los factores del entorno que inciden en la formación profesional médica. Si lo hay para otros profesionales (odontólogos o profesionales militares).

#### *El recorrido*

Las personas incorporan y organizan sus experiencias y la incorporan a su identidad profesional, tanto pública como privada, que se va conformando lo largo de la vida. Algunas teorías explican que hay una identidad individual, relacional y colectiva. En ese complejo ir y venir interviene contexto personal, familia, profesores, mentores y compañeros de trabajo trabajando en determinado lugar con sus características. La familia, los amigos e influencias

otorgan un “fondo” que impacta en el proceso de formación de la identidad, amén que son el sostén emocional que les permitió convertirse en médicos. Según Kegan (1982) la familia, el contexto personal y profesores definen las primeras etapas de formación de la identidad. Estos factores se han convertido cada vez en más importantes para poder “ajustar” el equilibrio entre el compromiso con la profesión, la salud personal, el bienestar y el estilo de vida.

La universidad debe asegurar que los profesionales que empiezan en la práctica de la medicina sean profesionalmente competentes y se adhieran a determinadas normas de conducta que se esperan de un profesional. La inclusión de la formación de la identidad como un objetivo durante todo el proceso de su desarrollo profesional promueve la búsqueda de esos objetivos enunciados anteriormente.

Los mentores son personas que por su actuar, son modelos a seguir por los médicos sobre todo en etapas iniciales de la carrera. En general tienen más estrecho contacto con los alumnos y pueden tener gran impacto en su formación. En general conforman las “comunidades de práctica” como escribe Ernesto Gore (2012) que si bien deberían estar presentes en etapas iniciales, no se conoce su rol en contextos organizacionales no académicos. Este rol está más definido en ámbitos como universidades donde se transmite más conocimiento explícito (procesos definidos de observación y puesta en práctica), pero hay que encontrarlos en las organizaciones donde existen habilidades diferentes, como roles de integración y en la transmisión de conocimiento tácito donde hay un patrón inconsciente. Toda la literatura revisada explica su importancia pero no está definida la influencia en la formación de la identidad profesional.

En campos de alto profesionalismo como en el caso de los médicos, las fuerzas institucionales como asociaciones profesionales y las reglamentaciones gubernamentales juegan un papel importante, que puede limitar o facilitar la formación de la identidad profesional y hay especial interés en investigar acerca de los enfoques institucionales, cruzar los niveles de análisis y examinar la interdependencia entre las instituciones con la identidad y los roles profesionales (Chreim 2007)

Las normas que rigen las actividades médicas profesionales definen lo que una sociedad establece para su sistema de salud y aparece en normativas gubernamentales y organizacionales (Ashforth y Humphrey 1993). Las regulaciones gubernamentales influyen fuertemente acerca de lo que finalmente conforma la identidad profesional, en especial en actividades tan reguladas como la salud. La sociedad se expresa también a través de las expectativas de los clientes/usuarios/pacientes, que se expresan a través de la credibilidad, la responsabilidad y la cortesía. Las organizaciones son generadoras de “plantillas” a través de las cuales los individuos categorizan, dan significado y ofrecen un conjunto de supuestos acerca de lo que constituye la realidad (Kyratsis, 2013). Los cambios políticos en los sistemas de salud pueden cambiar la lógica de prestación. Un ejemplo de cambio registrado en la literatura, sucedió en el sistema de salud canadiense en el estado de Alberta (Phyllipon, 2010). En el pasado el profesional decidía que era lo mejor para el paciente (como guarda del sistema) y ahora los médicos se consideran proveedores del sistema donde el usuario elige los servicios. Esto muestra

que los servicios ofrecidos son un encuentro social con normas definidas por las distintas culturas y procesos históricos. Los diferentes sistemas de salud de cada país moldean la identidad profesional cuando se examina las diferencias culturales en su conformación, así como se percibe la percepción social de la identidad profesional médica, en sistemas de salud radicalmente diferentes como son el sistema americano y canadiense, a pesar de la escasa separación cultural y fronteriza.

El personal profesional médico, y en especial los representantes del primer nivel de atención, son “la primera línea” de encuentro profesional entre el usuario y la organización. A este concepto se le ha dado llamar en la literatura “trabajo emocional” (Ashforth y Humphrey, 1993) donde, y de acuerdo a la teoría de la identidad social, los aspectos emocionales moldean la identificación con el rol social que debe cumplir y define las transacciones y la calidad del servicio, muy relacionadas con la conducta del profesional. Existe información que define el encuentro profesional como un encuentro “social” donde hay clientes externos (los usuarios) e internos (pertenecientes a la organización).

Las comunidades ocupacionales (entidades de formación, organizaciones de servicios de salud y colegios profesionales) definen normas más específicas y localizadas. Se observa a veces, cierta incoherencia entre el ideario social acerca de lo que se espera acerca de solicitud y preocupación de un profesional hacia un paciente, en contraposición de las normas organizacionales o comunitarias profesionales que a veces pueden dictar cierto “desapego” a los profesionales para determinadas situaciones. Esta discordancia entre los “disparadores” de la formación de la identidad profesional de las organizaciones acerca de qué se espera para ser “buen profesional”, así como los valores sociales que se esperan de ellos, está pobremente estudiado y cómo este juego de fuerzas también interviene en el “molde” de la formación de la identidad.

La teoría institucional ha contribuido a la construcción académica de los mecanismos interinstitucionales que definen roles profesionales pero no ha podido explicar cómo los roles y las identidades profesionales cambian en contextos micro (organizacionales) (Chreim, 2007)

### *La situación en Argentina*

#### **Situación actual**

Según el último dato obtenido por Observatorio del Ministerio de Salud en Argentina en el año 2012, se estima que hay alrededor de 160.000 profesionales en edad activa. Si se compara con el censo poblacional de 2010, existe una relación de 3.88 habitantes por profesional en relación a la censada en 2001 que era de 3.2. Este número está aún muy por encima de los países de la región de acuerdo a informes del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud. En estos años entonces disminuyó la matrícula profesional en relación al crecimiento poblacional y también ha disminuido el acceso a etapas formativas importantes. La disminución de matrículas es más marcada en provincias del NOA y NEA, con gran cantidad en Ciudad de

Buenos Aires (este número puede ser objetado porque CABA entrega matrículas nacionales). También se observa un marcado aumento de mujeres en la carrera.

El promedio de médicos que se reciben por año es de alrededor de 5.500 médicos y solamente la mitad de ellos hace una residencia de especialidad, dijo la Ministra de Salud de la provincia de Buenos Aires, Zulma Ortiz, en declaraciones ante los diarios durante el mes de agosto de 2016: ..”a pesar de que la mayoría de las universidades no prepara a sus profesionales para el trabajo médico, en estos últimos años los cargos de residencia han quedado vacantes...” . Este hecho de la realidad contrasta con el reconocimiento social y de la mayoría de las organizaciones acerca de lo que considera un “profesional competente”.

### **El camino que se recorre**

La Ley de Educación Superior establece que corresponde el otorgamiento del título a instituciones universitarias, son ellas las que definen conocimientos y capacidades, sin embargo el control del ejercicio está a cargo de cada provincia, quienes delegan a su vez en los colegios médicos el control de la actividad profesional.

La normativa que rige el ejercicio profesional establece que cada profesional médico debe tener título habilitante otorgado por universidad y matrícula profesional habilitante. Cada provincia habilita el control del ejercicio profesional y otorga la matrícula profesional correspondiente. En el área Metropolitana son varias las entidades intervinientes para otorgar matrícula y controlar el ejercicio profesional: directamente el Ministerio de Salud de Nación en CABA, y los distintos Colegios Médicos provinciales que son cinco en el conurbano bonaerense. Los Colegios Médicos delegan el control a los Directores Médicos de las entidades prestadoras de salud (sanatorios, hospitales, clínicas y consultorios)

Las residencias son reconocidas por casi todos los trabajos previos, tanto en literatura de la gestión como en documentos académicos de medicina, como uno de las situaciones claves sociales que conforman la identidad profesional. El Ministerio de Salud identifica residencias en el primer nivel de atención como las de: medicina familiar /yo general, clínica médica, tocoginecología y pediatría. El currículum es definido, analizado y aprobado por el Consejo Federal de Salud. También hay otras vías de formación profesional y acreditación como acreditar al menos 5 años en una institución sanitaria de origen público o universitario o haber sido certificado en sus competencias por una sociedad científica reconocida. Hay pocas residencias asociadas a la universidad, aunque comparten el campo de la práctica en organizaciones asistenciales públicas y privadas. Hay residencias en ámbitos privados. Las distintas organizaciones pueden aceptar profesionales con o sin residencias.

Los posgrados han crecido luego de la década del 90 pero hay pocos datos sobre su matrícula así como cuánto han afectado o no el desarrollo de la identidad profesional o como han impactado en las organizaciones en cuanto a aspectos cruciales como la calidad del servicio, la seguridad de los pacientes o los indicadores de salud en general.



A pesar del enorme esfuerzo estatal en la formación profesional, la mayoría de los médicos transfieren sus conocimientos y habilidades a las organizaciones del sector privado. Se percibe cierta incongruencia acerca de los criterios, habilidades y destrezas que se adquieren en una residencia y sector sanitario público donde los profesionales acreditan identidad y las necesidades, requerimientos y habilidades necesarios de un profesional en el sector privado. Esa transición de paradigma entre trabajar en el sistema “público” y “privado” como el de trabajar como profesional autónomo y liberal a pasar a trabajar con un equipo de proveedores además de pasar de un modelo de “especialización estrecha” a la mirada holística e integrada genera procesos de construcción y reconstrucción de la identidad.

### **Cambios de “lógica” en los sistemas de salud**

Trabajos previos (Kyratsis, 2013) muestra cómo el entorno juega un papel preponderante en la formación de la identidad profesional. Este autor estudió las consecuencias de la formación de la identidad profesional en los países soviéticos y los efectos de la transición entre el viejo y nuevo paradigma, establecido luego de la caída del muro y apertura al mundo occidental. El “viejo” paradigma se caracterizó por la fragmentación de la práctica con exceso de especialización durante la era comunista con disminución del prestigio y confianza especialmente en zonas urbanas y donde el trabajo del primer nivel de atención es “derivar” a un especialista. Con la caída del muro de Berlín, la necesidad del cambio en el sistema de salud y la presión de los organismos multilaterales de crédito y de desarrollo, se transitó un cambio de orientación profesional desde una medicina “especialista y estrecha” a un modelo “holístico” basado en la atención primaria de la salud y el primer nivel de atención. La transición en países del Este llevó a afectar la identidad profesional en aspectos como autenticación, replanteo y reposicionamiento cultural, por el cambio de las normas que afectaron sus identidades profesionales.

La experiencia del Estado Canadiense en los últimos años establece la resistencia de los profesionales (en su mayoría del primer nivel de atención porque Canadá tiene un sistema de salud basado en la Atención Primaria), donde los profesionales se negaban a cambiar de un modelo donde el profesional de la salud era el “guarda” y protector de los intereses de los pacientes, a un modelo donde se satisfacían las necesidades de los pacientes como “clientes”. De la transición del profesional “autónoma y liberal” al de trabajar con un “equipo de proveedores”.

Luego de la segunda guerra mundial, los sistemas de salud de muchos países, como los del Este Europeo y Canadá, sufrieron profundas reformas. Argentina no fue ajena a esos cambios de lógica. A partir de 1945 los hospitales públicos se nacionalizan, aparecen los organismos y normativas que avalan el concepto de que la salud es una responsabilidad del Estado, se expande la cobertura de salud con la apertura de gran cantidad de establecimientos, se crearon programas destinados a responder a determinados problemas específicos de importancia para la Salud Pública. El hospital público es el “gran formador” de la identidad profesional. Modelos como el canadiense y británico establecen que el acceso a la salud está dado por la nacionalidad. En Argentina, en cambio el “acceso a la salud” se relaciona, como en varios

modelos europeos, al acceso al trabajo. En 1970 se regula la “Ley de Obras Sociales” que reglamenta que el control, financiamiento y responsabilidad de las mismas, pertenece a gremios y sindicatos. Mientras tanto se produce la descentralización y transferencia de responsabilidades de los establecimientos de Salud Pública a organismos nacionales, provinciales, municipales y descentralizados. En la mayoría de las organizaciones se desarrolla un modelo de “ultra especialización”, semejante al modelo soviético descrito previamente. Existieron varias iniciativas para lograr un sistema integrado de salud desde los años 70 en adelante pero fracasaron en general y se va perdiendo coordinación y control de las actividades de salud ante el sinnúmero de instancias de procedimientos burocráticos y la falta de rendición de cuentas. Las obras sociales son centrales en el sistema de prestaciones, aunque no se logra regular su funcionamiento.

Al caer el muro de Berlín, la globalización y los cambios tecnológicos producen gran cantidad de cambios en los sistemas de salud (Kyrtasis, 2013 y Phyllipon, 2010). En Argentina crece el sector privado, al que se le transfieren gran cantidad de recursos desde el sistema público y de la seguridad social, y se acrecienta el modelo de ultra especialización. Los hospitales públicos sufren un gran desfinanciamiento por las diferentes crisis económicas que sufre el país y se desregulan las Obras Sociales, permitiendo al afiliado al gremio de especialidad de trabajo, no conforme con las prestaciones de su obra social, cambiarse a otra que puede ser también otra obra social o medicina prepaga. Entonces como los modelos canadiense y de los países del Este europeo, hay un importante cambio de lógica, desde un sistema donde las organizaciones gremiales controlan y financian el sistema, a un sistema donde las necesidades del usuario regulan la oferta y demanda de servicios.

Según el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (2011), principal Organización No Gubernamental que evalúa tecnologías sanitarias en Argentina, y con datos de la Organización Panamericana de la Salud, Argentina es el país con mayor gasto de salud de Latinoamérica con 683 dólares per cápita (Uruguay 582 y Brasil 267). La mortalidad infantil es 16 mil cada 1000 nacidos vivos (Uruguay es de 17, Chile 7). La mortalidad materna 77 cada 1000 nacimientos cuando en Uruguay es 20. Ese mismo informe cita a la consultora Key Market que refiere que la inversión en salud es alta, los recursos no se utilizan bien y que es una característica del sistema de salud hace muchos años. Según el Banco Mundial ronda el gasto entre 5-6 puntos del PBI, siendo solo comparable con los países desarrollados.

El sistema público ha perdido el rol de formador de la identidad profesional y sigue sin resolución el gran problema del sistema de salud que es el de la integración de subsistemas existentes y es motivo de debate en la actualidad.

#### *Atención Primaria en Argentina*

Durante los 90, y como sucedió en los países soviéticos, hubo en Argentina una “nueva ola” de desarrollo de la medicina holística y la atención primaria, ya que ambas regiones tenían un sistema de salud basado en la excesiva especialización con profesionales expertos en estrechas áreas de conocimiento. Sin embargo, y a diferencia de los países soviéticos, en

Argentina la transición no fue tan clara para definir tan claramente las diferencias entre el viejo y el nuevo paradigma. Las iniciativas tuvieron orígenes diversos, tanto públicos con la conformación del Programa de Médicos Comunitarios (2004), como privados que buscaban hacer más eficiente al sistema. Se alentó el desarrollo de especialidades del primer nivel de atención, donde el profesional trabaja con mayor comodidad en la interfase o “frontera” entre la organización y el usuario, como respuesta a los cambios que la globalización imponía. Se organizaron las asociaciones de Medicina Familiar y un empuje a las residencias de Medicina General y Familiar. Esto se vivió en su momento como un “sistema empresarial” donde las organizaciones y la gestión de equipos de trabajo comenzaron a tener mucha importancia. Se buscó la prevención y promoción de la salud con un enfoque orientado al paciente y su familia, así como la capacitación en gestión, epidemiología y estadística. Los programas de residencia como la formación de posgrado, le dan importancia a la formación en aspectos de gestión y de integración con los distintos niveles de atención.

La crisis del 2001 cambió ese paradigma reorientando los servicios de atención primaria hacia el sistema público de salud con una mayor impronta comunitaria y participación de otras profesiones en el cuidado. Los especialistas volvieron a ganar terreno en el sistema privado de salud. En los últimos 10 años hubo una caída de financiamiento del sistema con gran distorsión de los precios relativos provocados por la inflación y las medidas gubernamentales. A nivel privado se transfirió el riesgo a las aseguradoras de salud que soportaron un aumento del gasto en el programa Médico Obligatorio muy por encima de los valores inflacionario, entre otras cosas por un aumento de uso de prácticas y procedimientos que no agregaron valor a los resultados finales en el sistema de salud (Van der Kooy, 2016). Esto desfinanció el Capital de Trabajo en forma muy importante, quitando normativas y controles de eficiencia y calidad, la búsqueda de los profesionales de otras formas de ingresos como los provenientes de la industria farmacéutica como la “feminización” de la profesión, caída de la matrícula y de la formación inicial en las residencias.

#### **4. Hallazgos**

En la medida que se iban realizando y analizando las entrevistas se observó que la identidad profesional de los entrevistados va cambiando a medida que pasa el tiempo como resultado del hacer cotidiano. Algunos cambios fueron poco importantes pero otros, sobre todo en pediatría fueron más dramáticos. Hay un importante cambio a medida que transcurre la facultad, la residencia y el trabajo cotidiano posterior, debido a “violaciones” entre lo que se hace y lo que se es como profesional. Aparecieron mecanismos de “autenticación” ante las amenazas de los valores profesionales en conflicto, la “reformulación” de las características de la carrera ante las “violaciones” y el “reposicionamiento” ante los conflictos de la identidad ante el “hacer” cotidiano. Todos estos aspectos individuales de reformulación de la identidad están influenciados o por “contrato psicológico” que los une a las organizaciones y también por aspectos de la formación actitudinal del “trabajo emocional” lo que los lleva a cambiar hacia una

nueva identidad. Muchas de las “violaciones” a la integridad profesional fueron mayores y llevaron a una devaluación y reformulación de la identidad.

El primer paso de la investigación fue describir las motivaciones iniciales y hacer una reflexión con los entrevistados de esa visión inicial. Tratar de entender como el trabajo la fue “moldeando”, con un recorrido histórico para comprender los hitos y como impactaron en la conformación de la identidad profesional actual.

A continuación se presentan los resultados de las entrevistas con el análisis de la bibliografía en el proceso iterativo de ida y vuelta, donde se fueron reformulando los pasos del trabajo de acuerdo a nuevos conceptos que aparecieron como relevantes para este análisis.

### **El currículum vitae o “carrera de la vida”**

#### *Punto de partida*

Las motivaciones iniciales de los profesionales, así como la percepción social de lo que significa “ser” médico están muy relacionadas a la virtud y a la vocación como lo refleja el mismo juramento Hipocrático, acto fundamental para iniciar el “hacer” del médico.

Mac Kenzie (2007) en su texto “profesionalismo y medicina” define qué clase de persona debería ejercerla donde las virtudes centrales serían: 1)compasión, en relación a entender y ponerse en lo que le pasa al otro con el suficiente desapego emocional que le permita tomar decisiones en forma eficaz, 2) discernimiento que es la capacidad de hacer juicios y decisiones efectivas sin estar indebidamente influenciado por circunstancias ajenas a la salud del paciente, 3)confiabilidad que es la confianza y creencia que tomará decisiones guiadas por normas y estándares apropiados y en respuesta a motivaciones de carácter moral, 4) integridad que refiere a la solidez y fiabilidad de carácter moral donde hay una integración del yo con emociones, conocimientos, aspiraciones y fidelidad con valores morales, 5) conciencia que es la motivación por hacer lo correcto.

Para iniciar las entrevistas se les preguntó a todos los encuestados acerca de cuáles fueron las motivaciones para estudiar la carrera de medicina. En todas las entrevistas realizadas surgió el componente vocacional, el componente solidario y de servicio al otro.

Como establece Kegan (1982), la familia, amigos, entorno más cercano influye en las motivaciones iniciales que deciden la elección de una carrera. En algunos casos estuvo asociado a experiencias personales relacionados a la enfermedad o familiares. En algunas entrevistas surgió el conocimiento del cuerpo humano o las enfermedades:

*(PM, 10 años de médica): mi mamá influyo mucho porque era enfermera de un neuro-psiquiátrico y cumplió 35 años de trabajo y yo veía lo que hacía. Era muy solidaria, ayudaba a la gente, a los que menos tenían....*

*(PM, 10 años de médica): el vínculo con la gente, el poder ayudar. Ser solidario, desde chico.*

(RD, 23 años de médica generalista): Siempre me pareció que la medicina tenía la cuestión social...la de trabajar en los barrios...

Como dice Kegan (1982), hay problemas de enfoque basado en la virtud pero; ¿cómo responder a las motivaciones iniciales vocacionales y con lo que exige la sociedad? ¿Es posible? ¿Cómo enseñar una conducta virtuosa? ¿Cómo observar quien la lleva a cabo o no y cómo premiarla?

Mac Kenzie (2007), expresa que el sistema más antiguo y duradero del pensamiento ético ya lo escribió el filósofo Aristóteles (384-322 a. C) donde el enfoque de lo que debe ser está basado en la virtud. Las virtudes deben ser vistas como orientaciones de carácter o disposiciones poseídas por médicos eficaces que les permita brindar una atención óptima a sus pacientes. Este principio persiste en las motivaciones iniciales de la formación de la identidad profesional en las personas entrevistadas para este estudio.

Los disparadores de la elección de la carrea fueron varios: compromiso político y social (sobre todo religioso) ayudar a un ser querido o vulnerable y el deseo de ser reconocido por la gente. Existieron motivadores que tuvieron que ver con las propias vivencias de la enfermedad, el conocimiento de las habilidades personales o cuestiones afines a la vida que se deseaba llevar. Llamativamente no surgió en ningún momento el prestigio y reconocimiento de pares ni de Sociedades Profesionales como disparadores.

En las entrevistas surgió que ciertas organizaciones religiosas o el tránsito de algunos partidos políticos moldearon las motivaciones iniciales desde un sentido trascendente de la vida como dice Echeverría (2000)

Hall (2004) establece que hay dos factores que inciden en las decisiones de carrera: los valores en contraposición con factores extrínsecos como dinero u oportunidades de desarrollo y el segundo es que la persona sea independiente y responsable de su carrera (como si fuera la navegación) con ajustes a medida que las metas y condiciones personales cambian donde no hay una pista preestablecida.

**Tabla 1: Las motivaciones iniciales**

Categoría	Descripción	Cita ilustrativa
Punto de partida	Motivaciones	(HL jefe de ginecología y obstetricia): vocacional. <b>Yo pude vivir al altruismo y el heroísmo.</b>
		(MG, 10 años de médica): Me fui a vivir a Corrientes y (me)dije: quiero ayudarlos a ellos....
		(SP 16 años de médico):.....cuando era chico en primaria tendencia <b>al cuerpo humano me gustaba.</b> En la vida diaria me enfermaba mucho y visitaba mucho a los médicos...El pregrado <b>me atrajo la relación médico paciente.</b>
		(MG, 20 años de médica): <b>empecé a buscar y esto( la medicina general y familiar) era diferente a “estar encerrada”.</b> ¡No quería estar encerrada!. ¿Eso tiene que ver con el deporte?... ¡Uy! si no lo había pensado pero sí.
		(JL, 12 años de médica) mama me decía que tenía 5 o 6 años y quería ser médica. Ella quería ser enfermera y mi abuelo no la dejó..... <b>Motivación: ayudar, para acompañar...</b>
		(MC 20 años de profesión) : <b>siempre me interesó lo desvalido, siempre humanotario. Soy la primera profesional de mi familia. En mi barrio no se usaba estudiar, la mayoría (de mis vecinas)no terminaron terciario</b>

### *Los referentes*

La bibliografía consultada establece que los mentores forman un aspecto importante de la formación de la identidad de casi todos los profesionales. Los mentores deberían, como dice Rafael Echeverría (2000), ser *facilitadores de aprendizaje* donde su competencia es promover experiencias de aprendizaje que los individuos y equipos desarrollen por sí mismos. En el presente estudio se observa que los entrevistados reconocen a ciertos profesionales con los que cruzaron su carrera, como personas a ser imitadas. Un entrevistado (jefe de residentes) describió a un verdadero mentor como motor de su carrera, una especie de confesor donde se imita, se admira, se consulta y acompaña en el proceso de los primeros años formativos, así como un facilitador durante esos años.

*(JR, 4 años de médico: Admiro (al Dr.....) por cómo trabaja con los pacientes. No solo conocimientos porque sabe un montón.... Pero la paciencia, lo que escucha, el tiempo que dedica a escuchar y hacer el diagnóstico. La gente lo busca a él, por atender un paciente, en un pase de sala, tiene tanto vínculo, lo escucha tanto. Genera mucha confianza. Yo lo admiro. Eso no está en los libros. ... Quiero seguir trabajando con él luego de que termine la jefatura de residentes.*

La figura de “instructor de residentes” existe en las organizaciones formativas del sistema público y privado. Su función es semejante a un mentor, ya que es un profesional de mayor antigüedad que acompaña al jefe de residentes y a toda la residencia en su proceso formativo. También es la persona que las organizaciones de salud nombran para mantener y sostener el proceso formativo en el tiempo facilitando el aprendizaje y la relación entre el grupo de residentes y la institución donde se desempeña. Su figura apareció solamente en una entrevista, no solo en conocimientos sino en aspectos actitudinales.

En los casos donde se mencionó la existencia de mentores se mencionó principalmente la virtud y el heroísmo y, en menor lugar, el saber.

### *El recorrido*

Hilton y Slotnick (2005) sostienen que en espacios como la residencia, durante los primeros años de profesión, hay aspectos que moldean la identidad profesional médica. Esos aspectos son: el *Episteme* que es el conocimiento requerido para la práctica, *Techne* las habilidades o artesanías necesarias para la práctica y la *Phronesis* definida como prudencia o sabiduría. Esta última se define como las actitudes o ideas y juicios basados en las experiencias derivadas del tratamiento de los conflictos o la incertidumbre. Este concepto es básico en el desarrollo de la identidad ya que está sometido a lo “externo e interno”, que la moldea. Es en parte un arte, que algunos conocen como “conocimiento en acción”, otros como “conocimiento personal o saber hacer”, “atención plena” o “conocimiento tácito”. Se encuentra en la experiencia y la reflexión de la experiencia donde finalmente la identidad profesional se conforma, luego de un prolongado

período de aprendizaje y de experiencia reflexiva. Sullivan y Baruch(2009) agregan a estos conceptos una nueva dimensión que es el de la *red de relaciones* (saber de). Como establece Rafael Echeverría en “La empresa emergente” la medicina y en especial las especialidades del primer nivel de atención que no son quirúrgicas, son trabajos no manuales. Su tarea se sustenta en el conocimiento, donde no solamente se hace la tarea individual, sino que son fundamentales las actividades de coordinación y de trabajo reflexivo de aprendizaje, donde la productividad no dependa solamente de las actividades individuales y la perspectiva de mejora futura del trabajo o “trabajo reflexivo de aprendizaje”.

En las entrevistas, aparece durante la formación de pregrado, durante la carrera universitaria, que hay un fuerte componente del conocimiento del “saber acerca de las enfermedades”. Este conocimiento es percibido por los entrevistados que es impartido en forma bastante anárquica y hay un desafío individual de “integración” para poder conectar una materia con la otra y que no los prepara para el trabajo de médico:

*(JR, 4 años de médico): Hasta la UDH no tenía idea lo que era la medicina, sabía muchas cosas por separado. La facultad te enseña todo por separado y creo que quiere que cuando terminás “choquen las ideas” y se forme un médico. Te enseñan las cosas por separado...*

El “hacer” comienza a mirarse por parte de los entrevistados en el final de la UDH (Unidad Docente Hospitalaria), durante los últimos años de la formación universitaria, donde varios entrevistados encontraron personas que influyeron en la formación de su identidad. Estos referentes no influyeron por su especialidad sino por habilidades relacionadas al conocimiento y sobre todo por aspectos actitudinales con respecto a las situaciones con los pacientes y el trabajo. Estos referentes curiosamente no influyeron en la elección de la especialidad.

Todos los entrevistados coinciden en que la residencia es el período más importante en la formación del “Episteme” y “Techne” o sea los conocimientos acerca de las enfermedades y las habilidades necesarias para afrontarlas, pero algunos logran el *Phronesis* definida como prudencia o sabiduría

*(SP 16 años de médico): Lo que más influyó(en mi identidad médica) fue la residencia.... (me dió) más que nada conocimientos; lo normal, no fue tan espectacular, pero sí me dió habilidades humanas...*

*(HL, jefe de obstetricia y ginecología): la residencia me dio las competencias del hacer nada más.*

La evidencia disponible con respecto a la formación de la identidad le da un valor muy importante a la residencia porque es donde se inicia el intercambio entre la motivación inicial y el trabajo. Todos los entrevistados coincidieron que la residencia les da o completa los atributos del

“hacer” que se inician en los últimos años de la carrera. Algunos entrevistados manifestaron que su formación fue completa, ya que no solo se aprendieron los conocimientos, el hacer, sino que hubo un componente virtuoso actitudinal y emocional.....

*(RD, 23 años de médica generalista) La residencia cumplió totalmente mis expectativas. Tuve la suerte de compartir con las que ahora son mis hermanas, mis compañeras con mucho **compromiso** que me ayudo un montón. Ese compromiso fue muy importante en trabajo, **formación en la dedicación**.*

En este trabajo se perciben ciertas diferencias formativas para aquellos que realizaron la formación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires donde hay espacios formativos, respeto por normativas vigentes, supervisión y control.

*(PM, 10 años de médica): Me dejó formación gracias a los grandes médicos del hospital pediátrico, las rotaciones en distintos servicios (de primer nivel) y todo el tema de vinculación con los pacientes...*

En el Conurbano bonaerense la situación es distinta. En los casos entrevistados ninguno mencionó la estructura de recursos humanos de planta (en el lenguaje médico no se habla de recursos humanos sino de médicos de planta) de las instituciones donde se formaron, salvo un médico. Todos coincidieron en la ausencia de profesionales de planta en la formación y la necesidad de cubrir ese espacio con los profesionales en formación, compañeros de la residencia donde se apoyan mutuamente para resolver lo contingente.

*(MG. 10 años de profesión):... y me achaté a nivel personal y siempre por falta de médicos el residente terminaba haciendo la sala, ocupando esos baches. No había tiempo de cursos o rotar en otro lugar. Cubríamos las falencias del hospital. Mi formación no fue reglada sino respondiendo a las urgencias del hospital..... Mal en el sentido que estábamos solos, aplicando tratamientos antiguos....*

En el conurbano bonaerense aparecen violaciones “mayores” a la formación de la identidad como gran cantidad de horas de trabajo, aislamiento con respecto a otros centros sanitarios de referencia, falta de supervisión directa del trabajo y escasas instancias donde la organización “moldea” su formación. Casi todos refieren que trabajan sin control, el control se ejerce entre ellos y no hay espacio para la reflexión en la práctica. Parecería que las residencias en este ámbito son un espacio de mano de obra para atender servicios médicos de urgencia e internación. No parece haber espacio reflexivo del aprendizaje para un trabajo futuro mejor y aprender. Es percibido como un lugar formativo en soledad, rodeado por otros compañeros en



iguales condiciones, con un costo emocional y personal importante. Si bien las normativas vigentes establecen sistemas de controles de los contenidos curriculares, no hay evaluaciones en la actualidad del cumplimiento de los objetivos mínimos. A diferencia de países como EEUU no hay control acerca del tipo de preparación y se asume que esta falencia de validación del hacer es por falta de personal en salud en hospitales provinciales y municipales y por agotamiento. El espacio para aprender, para pertenecer a una institución moldea profundamente la identidad y las violaciones o situaciones de estrés o discomfort por manejo de situaciones límite, afecta profundamente la identidad profesional.

Posterior a terminar la residencia predomina una actividad donde los profesionales deambulan por distintas instituciones públicas y privadas. Históricamente la carrera tradicional médica transcurría (salvo excepciones de algunos hospitales privados) en un primer espacio formativo que se realizaba en hospitales públicos, sea la residencia o una concurrencia (concurrir a un servicio sin percibir honorarios). Al finalizar se entraba en la “carrera hospitalaria” donde se trabajaba en distintas modalidades horarias, siempre de mañana y en algunos casos realizando una guardia de 24 horas por semana. En esa carrera se participaba en actividades relacionadas a la atención y a la capacitación. Durante la tarde el profesional desarrollaba sus actividades en el ámbito privado donde aplicaba la capacitación aprendida en los hospitales públicos reconocidos en Argentina y a nivel internacional por su capacidad de formar “buenos profesionales”. Este intercambio se realizaba considerando que en el servicio público había una motivación vocacional y a cambio la organización otorgaba atributos de la jerarquía y del conocimiento.

En los últimos años y como se observa en otros países de América Latina en respuesta a cambios sociales y económicos, se ha reducido la cantidad de puestos en el sistema público con esta modalidad. El sistema público ha cambiado su sistema de relación laboral, con menos compromiso y se han perdido en muchas instituciones las carreras hospitalarias. La capacitación es prácticamente inexistente, y la que existe está relacionada a actividades propias de la residencia. A su vez, los médicos, sobre todo en provincia de Buenos Aires, no pueden sostener su actividad autónoma por cuestiones económicas, sociales, como la inseguridad y emocionales, como la demanda de responder con rapidez y la falta de confianza del entorno, por lo que se refugian en las organizaciones privadas. Esta pérdida de aprendizaje permanente, donde había un mensaje de ida y vuelta entre aprendizaje y reflexión, atenta contra la formación del profesional y sobre todo a su incorporación a un sistema de salud cada vez más complejo y cambiante.

Las entrevistas realizadas confirman que los profesionales médicos son responsables de su propia carrera tal como lo estableció Hall (2002) en “The Protean Career”. A diferencia de las carreras lineales donde hay una progresión ascendente y enfocada a las necesidades de la organización, en este caso el profesional es responsable de su desarrollo y de “armar” su carrera. No hay un pacto con la organización sino consigo mismo. El profesional inicia un camino individual donde se va amoldando a distintos trabajos en distintas organizaciones públicas o privadas y con distintos regímenes de trabajo. Peiperl y Baruch (1997) sugieren que los

profesionales están auto-orientados, que deberían asumir el gerenciamiento de su propia carrera y asumen la necesidad de la satisfacción intrínseca del trabajo.

Como expresa Hall (2004) este tipo de trabajos se caracteriza por gran movilidad, la persona es la que debería estar en primer lugar y no la organización por lo que existe una búsqueda de éxito psicológico y no la carrera en una organización. Este autor describió ya en 1976, que en la orientación profesional es la persona y no las organizaciones las que están a cargo de las decisiones de carrera y donde los criterios de éxito son psicológicos. El sistema de incentivos es absolutamente intrínseco:

*(RD, 23 años de médica generalista): (¿qué te incentiva?) Laburo, lo que haces por la gente...*

Pero también hay un sistema externo de incentivos que tiene que ver con la remuneración que orienta la oferta de servicios prestados al sistema privado:

*(VP 16 años de médico): Salitas: no están cubiertos los puestos de pediatría.... pediatras faltan en todos lados.....influye el sueldo que se estancó (en el público) y subió en privado: 36 hs. en público equivalían a 12 hs. en privado.*

Los contratos con los financiadores (pre-pagos, obras sociales) tanto como el Estado premian la productividad, la cantidad. Todos los entrevistados coincidieron que el sistema de incentivos (extrínsecos) creados no estimula la mejora de calidad del servicio, sino que los reorienta hacia el que mejor remunera. En el sistema privado el valor de la consulta está estandarizado y no tiene en cuenta la opinión de los usuarios (pacientes) que lo financian. El sistema público paga por cantidad de horas de trabajo no evaluando el contenido del mismo. Asimismo las condiciones de trabajo no están especificadas, raramente hay un período de prueba o inducción siendo reguladas por los distintos programas nacionales, provinciales o municipales que se superponen entre sí. No hay evaluaciones de desempeño profesional, ni consulta a usuarios acerca de la calidad del servicio brindado o consultas frecuentes acerca de qué se necesita. Las actividades docentes o de investigación tampoco están reglamentadas (salvo CABA que está reglamentada en cantidad de horas pero no en contenido) y son percibidas por los profesionales como no reconocidas por las organizaciones en su sistema de premios o castigos.

En general, en las profesiones liberales las asociaciones de profesionales cumplen un rol aglutinador, de pertenencia. Las sociedades profesionales tienen un gran impacto en el desarrollo de la identidad profesional generando normativas e incentivos que regulan el hacer y el ser.

En este estudio, sin embargo, no parecería aparecer ese rol de pertenencia o aglutinante. En médico del conurbano bonaerense ejemplifica esa relación de la siguiente manera:

*(SP 16 años de médico): La verdad es que no formo parte de ninguna sociedad y el Colegio Médico pago por obligación para ejercer. A mí no me devuelve*

*nada.... Sacan avisos de cursos y especializaciones de especialistas. A mí no me sirve... No estoy afiliado a Asociación Medicina Familiar ni General. No estoy en CICOP (sindicato de médicos provincia de Bs As) porque no estoy en relación de dependencia sino por contrato. Mi grupo más afín es el de Centro Médico (privado) me representa y me siento bien como médico. Increíblemente es privado... No hay obligación de estar en asociación. Por lo único (que se afilian los profesionales) es por obligación....*

El compromiso para pertenecer al Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires es percibido como una obligación, porque si bien el título de médico lo otorgan las universidades, las matrículas habilitantes son entregadas por los Colegios Médicos. En CABA la matrícula la otorga el Ministerio de Salud de Nación. La situación descrita por los profesionales contrasta con los beneficios que reporta La Caja de Previsión y Seguro Médico de los distintos Colegios Médicos de la Provincia de Buenos Aires creada en 1962 y cuya misión es “proteger al médico y su familia”, como expresa la misión que se encuentra en su sitio de internet. Los aportes al Colegio no solo permiten el ejercicio de la profesión sino que además hay una serie de beneficios que incluyen jubilación, pensión, subsidio por fallecimiento, enfermedad e invalidez que son subsidios por Ley de Cajas Provinciales. Además otorga subsidios por maternidad, adopción y nacimiento, subsidio por hijo discapacitado, jubilados de edad avanzada, subsidio para jubilados y pensionados que no pueden abastecerse por sí mismos. Llamativamente los profesionales desconocen o no reconocen estos beneficios por lo que sienten como una obligación formar parte de estas organizaciones. En CABA los médicos que trabajan en sistema público de salud se nuclean en la Asociación de Médicos Municipales.

A su vez los profesionales médicos trabajan en instituciones públicas y privadas donde el único lazo es el pago de servicios a través de un contrato que establece solamente horas de trabajo o producción (número de personas asistidas por hora). No hay relación de dependencia en la mayoría de los contratos, no hay licencias por maternidad, ni guarderías ni aguinaldo. No hay vacaciones pagas. Los aportes de salud son individuales. La mayoría son monotributistas que hace sus aportes al sistema de jubilaciones y pensiones, así como seguro de mala praxis en forma individual. Históricamente se habla de una violación del contrato laboral en instituciones privadas como se menciona en artículo periodístico del 9 de diciembre de 2016 escrito por el Doctor Héctor Garín, “La salud de los médicos” donde se expresa que: “a la mayoría de los casos, los médicos que trabajan en ámbito privado no están cubiertos por la seguridad social y tampoco cuentan con ningún tipo de licencia para capacitarse. A las mujeres se les niegan las debidas licencias por maternidad y lactancia”. En los últimos años las formas de contratación son similares en el sistema privado como el público, que a través de las tres variantes (nacional, provincial o municipal) hace contratos temporarios. Esta modalidad de contratación aumentó en los últimos 12 años y complicó el desarrollo de las carreras hospitalarias, ya que en la mayoría de los casos se suspendieron los concursos por oposición (sobre todo en provincia de Buenos

Aires), se alteraron las relaciones de poder por los distintos orígenes de financiamiento (nacional, provincial y municipal). A esto se suma la gran inestabilidad laboral existente. Los entrevistados describieron que, por ejemplo, en hospitales provinciales (que dependen del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires) al no tener apertura de nuevos concursos, los mismos se cubren con cargos de origen municipal sin concurso por oposición de antecedentes. Por otro lado, estos cargos son contratos donde se paga por horas de trabajo y se establecen cláusulas como “la municipalidad eroga los honorarios del profesional pero no se hace cargo de su desempeño porque el lugar de trabajo pertenece a la jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires” como refirió un jefe de residentes. Otro caso de violación de normativas laborales vigentes fue descrito por los médicos generalistas de distintos municipios del conurbano bonaerense donde la mayoría de los puestos de trabajo son contratos que surgen del programa de origen nacional, llamado “Médicos Comunitarios” financiado por créditos de origen internacional. El objetivo inicial fue formar médicos preparados para la atención primaria y comunitaria con fuerte desarrollo local de salud.

*(MG, 20 años de médica): ¡Si se corta médicos comunitarios nos quedamos sin nada! Entregamos factura en municipio pero el dinero viene de Nación pero si en Nación dicen “se acabó”, no va a haber médicos comunitarios (en las distintas salitas municipales), no va estar Sergio, yo la mitad del tiempo (porque me paga el municipio el 50% y el otro 50% Nación a través de médicos comunitarios), no estará la obstetra, no habrá asistente social y odontología. La sala está muy completa gracias a Médicos Comunitarios...*

El entorno de gran inestabilidad laboral es percibido en forma amenazante porque no saben qué puede pasar con los programas de distintos orígenes que financian su trabajo, a pesar de que fueron creados para ser continuados independientemente de los cambios políticos. Lo que refieren los profesionales entrevistados es la amenaza de la discontinuidad con el cambio de autoridades luego de las elecciones de 2015.

Los Sociedades Profesionales de especialidades son organizaciones de la Sociedad Civil donde los profesionales médicos se agrupan por especialidad. Existen múltiples organizaciones de este tipo en Argentina. Consultando sus diferentes páginas son un espacio formativo, de integración, de investigación y de desarrollo profesional. Cuando se interrogó sobre estos roles a los entrevistados, la respuesta fue en general muy homogénea donde todas ellas cumplen un rol de capacitación en conocimiento y habilidades. Los entrevistados refirieron escasa participación en ellas aunque reconocen el espacio formativo tanto por cursos presenciales o a distancia, como los congresos anuales de especialidad.

La única sociedad que denota compromiso y relación ida y vuelta con sus asociados parecería ser la Sociedad de Ginecología y Obstetricia:

*(HL, jefe de ginecología y obstetricia): Gran constructor de identidad la Sociedad de Ginecología provincia de Bs As....*

El sistema de salud argentino es sumamente complejo ya que el que financia no recibe los servicios y el que los recibe no paga. La existencia de tres subsectores público, el privado y la seguridad social, con las organizaciones que regulan la actividad para cada una de ellas y de cada institución en particular. El sistema federal que determina que para la prestación del servicio coexistan las legislaciones y financiamiento nacional, provincial y municipal. Toda esta superposición de roles, de financiamiento y controles genera que la situación de los profesionales médicos con las distintas organizaciones en las que participan sumamente compleja, difícil de entender y donde finalmente se diluyen las responsabilidades y no existe una correcta accountability. Esta última se refiere a la responsabilidad ante el trabajo, el compromiso, como se contribuye a las organizaciones, así como la proactividad necesaria para agregar valor al trabajo. Esta lógica (o su ausencia) es percibida como “violación mayor” y moldea profundamente la identidad profesional. La existencia de tantas organizaciones públicas y privadas donde se trabaja, las sociedades de especialidad que funcionan como facilitadoras para acceso al conocimiento científico, la de los colegios médicos que otorgan matrícula y beneficios no reconocidos por los profesionales, las financiadoras que escasamente conocen las necesidades de usuarios y de los profesionales. Esta relación compleja muchas veces requiere una enorme capacidad de adaptación y a veces deteriora la fuerza moral del profesional, pero sobre todo afecta los resultados de largo plazo. Como expresa Sullivan y Baruch (2009) es fundamental que los gobiernos, sociedades y organizaciones profesionales estructuren sus leyes laborales, reglamentaciones para proteger los trabajos y el resultado del mismo. También las reglamentaciones ante avances de la tecnología.

Las amenazas medioambientales que regulan el desarrollo de la identidad generan respuestas adaptativas que moldean la identidad. El desgaste o las “violaciones medioambientales” que producen conductas adaptativas en los médicos son múltiples y multicausales pero que llevan a un comportamiento “cínico” según autores o a creación de conductas adaptativas llamadas “férulas o “parches”. En este presente trabajo aparecieron algunas como la falta de formación y estandarización de habilidades actitudinales o “trabajo emocional” para algunos autores. Los cambios medioambientales generan cambios en los valores profesionales alterando el status profesional y conflictos de la identidad social que son descriptos como “amenazas a la identidad” que se describirá adelante.

Estos aspectos descriptos hasta ahora servirán para dar análisis a las adaptaciones que modulan la identidad.

A continuación un resumen de los datos aportados por las entrevistas en tabla 2.

## **Tabla 2: El “camino de la vida”**

Categoría	Descripción	Cita ilustrativa	
Amenazas a la identidad	Recorrido	Los referentes	(MP, 26 años de profesión): Tenía a mis tíos como ídolos, tengo un tío pediatra que quería mucho....., <b>atendía en la casa y con las hijas escuchábamos a través de la puerta</b>
			(HL jefe de ginecología y obstetricia): El Dr. Cabrera (¿porque?) que <b>fue un hito por el respeto que emanaba</b> . Era el pediatra de mi familia que llegaba y todos considerábamos y respetábamos. Para mí fue referente y ejemplo a seguir...
			(VP 16 años de médico): .....Nunca tuve un médico como un gran ejemplo, como espejo. <b>Solo me abuelo</b> que murió cuando tenía 6 años....
			(MP, 10 años de médica): Estuve en hospital Evita de Lanús, <b>mis primeras prácticas, fue hermoso. Los médicos de ahí fueron mis formadores</b> ... en vínculo humano y capacitación
			(MG, 10 años de médica): Me quiero parecer a ... Dr.. un genio.. en la UDH era neumólogo pero <b>la pasión la paciencia que nos dedicaba a los alumnos y pacientes que era ejemplar..... ¿Qué tenía?... Transmitía amor, tranquilidad y conocimiento</b>
			(MC 20 años de profesión): ¡En la UDH tuve un instructor que tenía una pasión por lo que hacía!
	La residencia	(JR, 4 años de médico): <b>No está planificada la residencia y sos la mano de obra por la falta de recursos del hospital</b>	
		(MC 20 años de profesión). En la residencia aprendí internación nada más para sostener la ausencia de médicos de planta pero la jefa de residentes cumplía a rajatabla el programa	
		(MC 20 años de médica): Me enseñó a pensar...hay una sistematización y reflexión del conocimiento	
	Después	(HP 16 años de médico): Luego empecé posgrado neurología pero me fui a ( provincia) Río Negro donde <b>viví en un pueblito que me ofrecieron jefatura</b> allá que fuimos aprobar con mi mujer que es pediatra. Nos gustó pero estás muy solo, nos gusta ciudad. ....Como experiencia genial pero no sé si volvería	
		(MC 20 años de médica): El otro día me llegó un papelito donde decía que si llegaba 20 minutos tarde 4 veces me descontaban la consulta!!( y la organización no me danada..)	
		(GG, 7 años de médica): formación posterior (a la residencia)te lo buscas vos. <b>No hay carrera hospitalaria ni fellow (de perfeccionamiento). (Apenas terminé la residencia)..... salí a hacer cursos de posgrado .No tengo nombramiento en EE, sólo contrato.... Yo me busque un lugar sola.</b>	
MG, 10 años de médica: todavía <b>no me siento perteneciente del todo al servicio de la organización que formas parte. (Estoy) en limbo todavía!!</b>			
	(HP, 16 años de profesión): Colegios médicos y las Sociedades científicas( no han influido en mi formación ni en mi identidad. La SAP (Sociedad Argentina de Pediatría da cursos a distancia que hacemos por nuestra cuenta		

## Mecanismos de adaptación

Pratt (2006) establece un modelo que puede explicar los fenómenos de construcción y reconstrucción. En el primer momento se aprende sobre el trabajo en sí, en ese contexto y lugar. Los médicos experimentan la violación de su integridad de trabajo-identidad y reciben una primera validación social para su desempeño. Entonces aprender sobre el trabajo sirve como “núcleo” del ciclo de aprendizaje de la identidad donde muchas veces lo que eres no coincide con lo que haces y se origina el segundo ciclo donde se formula un cambio de *quien es* y hay una adaptación (customización) de la identidad. Los dos ciclos están ligados. Ambos comienzan con el trabajo y la percepción interna y del afuera si se hace bien o mal, hay una mirada en el espejo entre lo que se es y lo que se hace. Aunque los dos ciclos están muy relacionados porque las

violaciones de la integridad en el trabajo llevan a los cambios de identidad, pueden separarse esos ciclos, ya que la magnitud de las violaciones externas, así como la autoestima personal que las resuelve, juegan un rol clave en la reconstrucción de la identidad. Cuando las violaciones externas son menores puede pasar que la identidad se adapte al trabajo enriqueciendo su identidad, y cuando son mayores hay una búsqueda interna del significado de identidad. Se suma a esto, el logro de la competencia donde hay una evaluación interna y el profesional admite si es competente (a través de su propia autoestima y valuaciones de la agencia) que es crítico para la adquisición de nuevas identidades. Así se producen las adaptaciones descriptas y validadas externamente.

Los mecanismos que conforman la (re) construcción de la identidad pueden ser explicados por distintas formas pero la mayoría de los autores como Hilton- Slotnick (2005) explican que la misma se logra con dos procesos simultáneos que son *logro* y *desgaste*. Pratt (2006) los llama “violaciones” o rupturas que generan conductas compensatorias donde hay enriquecimiento (logro) ante violaciones que define como menores porque no desestabilizan su mirada en el espejo entre lo que es y lo que hace. En las “violaciones mayores” adopta mecanismos de adaptación que llama “parches” donde llena el vacío que no puede explicar o “apoyos o férulas” cuando construye identidades temporarias que ayudan a sobrevivir al medio externo. Menciona también varios trabajos pero establece que las identidades cambian de acuerdo a los entornos organizacionales a medida que avanza la carrera de los individuos, definiendo inclusive diferentes “sub identidades” de acuerdo a ese entorno.

El logro o enriquecimiento se logra a través de influencias positivas que van conformando el currículum o “carrera” en el entorno clínico. Es importante destacar que los profesionales médicos pasan un extenso proceso formativo inicial que no termina con el título universitario, sino que se agregan los 4 años de residencia. Los alumnos y residentes van aprendiendo imitando a los practicantes o colegas, realizando actividades de compromiso con los pacientes y a medida que maduran se les va permitiendo realizar actividades más comprometidas bajo supervisión hasta lograr la competencia. Este movimiento se realiza relacionándose con distintos actores (pacientes, enfermeras, otros médicos) que conforman la primera “red de relaciones”. Sin embargo es distinto este aprendizaje dentro de una organización y en contextos más críticos que aquellos que hace un profesional en forma más independiente sobre todo en el primer nivel de atención.

El segundo paso de este estudio, una vez que se hizo el recorrido o currículum (carrera), fue encontrar aspectos de la literatura que permitan comprender como el profesional coteja lo que es con lo que se hace. Para no quedar meramente en un modelo descriptivo, a continuación se intenta establecer un modelo explicativo de los hallazgos encontrados.

### *Trabajo emocional*

Wharton (2005) define el trabajo emocional como el proceso por el que se espera que los trabajadores manejen sus sentimientos de acuerdo a reglas y lineamientos establecidos organizacionalmente. Todo trabajo de “frontera” o de encuentros de servicio se considera trabajo

emocional que involucra trabajo con clientes/usuarios/pacientes y otros trabajadores hacia “dentro” de la organización donde cuestiones de trabajo con otros, poder y género tienen gran efecto en el resultado del trabajo en servicios. A los profesionales como abogados, médicos y el clero se los llama “directores privilegiados de emociones”. Según este texto reciben un intensivo entrenamiento en el manejo de las emociones y tienen una enorme cantidad de recursos que sostienen sus esfuerzos. Describe trabajos, como los estudiantes de medicina, que aprenden técnicas de neutralidad afectiva o desprendimiento emocional en países desarrollados. Los estudios en trabajos con alto compromiso emocional (como el descrito con camareras), demuestran que hay protección entre los compañeros de trabajo a través de códigos que se establecen sin supervisión directa. En otros trabajos hay estandarizaciones, como las que refiere a los trabajadores de Mc Donalds, donde si bien el objetivo es vender comida rápida, se le solicita a los trabajadores de “frontera” una atención solícita con una sonrisa. También están estandarizadas las conductas en otros servicios como las ventas de seguros. Los resultados muestran que ciertas estandarizaciones o códigos que se establecen entre pares, dieron confianza y autoestima a los trabajadores.

Para Ashforth y Humphrey (1993) los trabajadores de servicio y sobre todo los profesionales del primer nivel de atención son la primera línea que confronta el exterior con la organización y los clientes/usuarios/pacientes (definida como la “frontera”). Las interacciones son cara a cara y existe la incertidumbre de la reacción del “otro”, el cliente/usuario/paciente. Finalmente las emociones expresadas por las personas en servicio afectan enormemente la percepción de los clientes de la calidad del servicio. También hay un contacto emocional con la organización donde los profesionales médicos se relacionan con su red de relaciones más cercanas, el personal administrativo y la segunda y tercera línea de atención (otros servicios con menos relación con lo externo). A su vez todos estos aspectos están influenciados por las percepciones sociales acerca del rol que se está analizando. Los aspectos de la formación de la identidad profesional médica, no se refieren solamente a las emociones que expresa el profesional en el límite o frontera con los clientes (pacientes), sino también las que experimenta para sí mismo y con el interior de la organización.

La manifestación emocional tiene grandes implicancias en los trabajos de servicio ya que mejoran la efectividad de la tarea. Se lo considera un aspecto fundamental de la formación de la identidad profesional ya que el rol define que se espera emocionalmente de ese trabajador y éste a su vez está relacionado con la autoestima y la adaptación a las situaciones, que es, finalmente, como se “reconstruye” la identidad profesional como describimos previamente. Por otro lado la identificación con el rol puede hacer el trabajo emocional gratificante y mejorar la sensación de bienestar mejorando la autoestima y la reafirmación de la identidad.

En una profesión de servicio, de vocación, y de atención al otro, los entrevistados no refirieron instancias formativas para ayudar a la comprensión del trabajo en equipo así como las habilidades de empatía, escucha atenta y compasión necesaria. Los entrevistados no informaron instancias de estandarización de la conducta ante los usuarios/ pacientes/clientes. Sí existe un



gran aporte de colegas, mentores o referentes acerca de los que “debían ser” en una forma de conocimiento “tácito” y profunda identificación.

Las entrevistas mostraron que falta de formación en aspectos emocionales es uno de los factores que inciden fuertemente en el profesional a “entrar” a las organizaciones abandonando la práctica privada (de sus consultorios), que los lleva a aislarse en servicios de emergencia donde se resuelve el problema en forma inmediata y se crea un escaso vínculo emocional con una pérdida de confianza en el profesional y en el sistema.

*(HP, 16 años de médico): Estos últimos años, la gente está muy demandante. **El tema de las organizaciones y pacientes te obligan a solucionar el problema ...ya!**. Los dos: la gente y las organizaciones.(... muy angustiado)*

En todas las entrevistas surgió el tema de la confianza que es una forma como las personas reducen la incertidumbre. En la formación de la identidad sin embargo también hay testimonios de profesionales que desarrollan habilidades conductuales y emocionales que les permiten trabajar en un ámbito de relación con el “afuera” de los pacientes en un ámbito de confianza. Como la profesional que dice: ...”soy **la Mara para los vecinos**” y eso es suficiente para poder operar efectivamente en su trabajo de frontera. En otros casos la ausencia de confianza determina que la mayoría de las personas vayan a la guardia porque no confían en los profesionales de cabecera o en sentido contrario, los médicos se saturan y agotan de la demanda excesiva de los pacientes en los consultorios con el “escudo emocional” que genera el servicio de emergencia en una organización. Como dice Echeverría(2000) el ser humano en su actuar responde de acuerdo a la manera que se observa a sí mismo y a la manera como observa el mundo y las cosas que en él habitan. Tiene disposiciones, actitudes, emociones, hacia el mundo y ellas afectan la manera cómo responderá, cómo se comportará. La falta de confianza lleva al agotamiento, despersonalización y un menor sentido de realización personal. Las investigaciones hablan de mayor agotamiento emocional en los trabajos que están relacionados con niños y fue observado en las entrevistas realizadas a pediatras. Algunos investigadores han establecido que no sólo la cantidad de horas de trabajo influye en la posibilidad de *burn out*, sino influye también, el esfuerzo de los trabajadores de manejar sus emociones sobre todo si las propias están en conflicto con lo que hacen, y si hay una gran brecha entre lo que muestran y su verdadero sentir. El cansancio emocional está relacionado con la supresión de la emoción, tanto en aspectos positivos (alegría o entusiasmo) como negativos (miedo o angustia). Existe una permanente negociación “interna” sobre estos aspectos en los profesionales entrevistados.

*(HP, 16 años de médico): Hace tres años que no tengo consultorio... ¿Porqué hay cada vez más pediatras como yo que hacemos esto?.....**En mi caso me saturó el whatsapp. Me saturó.** “¿Doctor qué tiene(mi hijo)?”..j y me manda una foto! ....*

El alto compromiso emocional de los profesionales en etapas tempranas de la formación, lleva más rápidamente al *burn out* porque probablemente invierten más energía emocional en su rol de ayuda. Son precisamente esas personas (los médicos) que se identifican fuertemente con sus roles.

Los que expresan genuinamente sus emociones se encuentran más capacitados de resolver y trabajar emocionalmente existiendo una retroalimentación entre lo que recibe y entrega como trabajador, enriqueciendo su identidad. Un trabajador feliz con su trabajo es más probable que interactúe mejor con sus clientes/ usuarios/pacientes. En un trabajo de frontera como el del profesional médico del primer nivel de atención estos aspectos son cruciales a la hora de organizar los recursos:

*(MG, 20 años de médica) Como tratar a la gente, como manejar el día a día.... No hay formación de estos aspectos.... **Igual los médicos generalistas sabemos que va más allá de eso. Sabemos que la enfermedad no viene solamente del cuerpo...***

Existe una identificación profesional con la especialidad que facilita el manejo de las emociones en determinadas especialidades que no se observa tan claramente en otras. Pero también influye el medio donde ejerce ese rol. Los trabajos existentes establecen que las personas pueden ajustar su forma de trabajar en función a los objetivos con los que se identifican en determinado momento y lugar. Muchas veces puede expresarse una ambivalencia en el rol donde hay una conducta emocional de evitación o acercamiento que ambas forjan la identidad. Muchas veces, falta en algunas especialidades la “calibración entre sí mismo y el rol”. Otras veces las organizaciones con el objetivo de “internalizar” determinadas normas y roles generan un impacto negativo en los trabajadores. La diferencia “emocional” observada y expresada por los médicos de familia y generalistas en las entrevistas, se debe a que quizás existe un stock de “capital emocional” que se ajusta a sus demandas ocupacionales específicas logrando un proceso positivo de enriquecimiento de la identidad y mayor satisfacción en el trabajo

*(SP 16 años de médico): Antes de estar en todo esto te cuentan cuentos de príncipes y princesas... y después se da cuenta en la vida que no es así.... Lo que noto ahora a pesar de que **la relación con los pacientes está muy bien** es (siento) mucha frustración en cuanto a lograr resultados... Los resultados en pacientes son pocos (porque), **hay motivos que escapan como esfera económica o resultados por determinadas situaciones culturales....¿Como ves tu futuro?. Me re gusta lo que hago, me encanta la especialidad me encanta.***

Este profesional puede vincularse con los pacientes a pesar de que reconocen las dificultades y sigue apostando a su especialidad a futuro con una actitud emocional positiva (me encanta..)

Existe una falta de adaptación de las organizaciones profesionales (asociaciones y financiadoras) a la realidad actual de cambio de la praxis, donde el hospital público ha dejado de ser el “gran formador” de los profesionales. A eso se suma en Argentina la falta de lineamientos acerca del sistema de salud, que lo hace único para casi todos los autores, por su falta de planificación y objetivos definidos, así como la superposición de sistemas. Hay una falta generalizada de espacios de reflexión de la práctica y escasa formación en aspectos emocionales. Se observa un marcado aislamiento del profesional que solo confía en su círculo de allegados, no confía en el exterior al que considera peligroso y abrumador (sobre todo en pediatría) y escaso cumplimiento de las expectativas originales que motivaron su vocación. Los resultados de las entrevistas coinciden en que sus pares son los que sostienen emocionalmente a sus compañeros.

*MP, 10 años de profesión): nosotros consultamos entre nosotros y con tu compañero hasta una cuestión familiar. Nos ayudamos entre nosotros.*

Probablemente eso se refleje en la disminución notable de la matrícula y de las personas que desean realizar la residencia (50% de las vacantes ocupadas según datos del Ministerio de Salud).

Las organizaciones que definen reglas, normativas con contenido, intensidad, diversidad, fuerza y consistencia en la configuración de los servicios prestados, fomentan y sostiene una determinada cultura que “presiona” en el rol y en la identidad. El uso del trabajo emocional y su falta de reconocimiento en lineamientos, códigos profesionales refleja el tipo de servicio de salud brindado.

Es interesante que en el devenir de la profesión, como se van generando conductas de evitación, aislamiento externo, que lleva a la “aversión del riesgo” como definió un profesional. Como respuesta a violaciones mayores (Pratt, 2006) se generan conductas de rechazo a la situación con el otro y los profesionales se refugian en estudios complementarios, especialidades como imágenes donde no hay relación con el otro o atención en guardia de instituciones.

No se registró en esta investigación aportes de los entrevistados con respecto a conductas estandarizadas de aprendizaje explícito a través de las distintas instancias formativas (residencia, capacitaciones pre y posgrado, políticas institucionales), con respecto al “trabajo emocional”. Estos resultados coinciden con distintos autores que comentan acerca de que en la formación hay un currículum oculto donde se aprende por identificación a través de la comparación y observación.

En un mundo donde la emoción es central tanto para la construcción de las percepciones del mundo y de sí mismo, es un punto clave para la construcción de la identidad de una profesión de servicio, de “frontera” con el cliente/usuario/paciente, así como para las organizaciones que a través de los que le exigen al rol, moldean la construcción y reconstrucción de la identidad.

Ajeno a este estudio son las consecuencias de trabajar con etnias y culturas diferentes donde los conceptos de salud y enfermedad son diferentes a los de los prestadores.

**Tabla 3: El trabajo emocional y las amenazas a la identidad**

Categoría	Descripción	Cita ilustrativa
Amenazas a la identidad	La confianza	<p>(MC 20 años de profesión): La gente confía en el especialista, no en el generalista. A veces el clínico general va al clínico, le da un tratamiento y luego va al especialista que le da lo mismo..... Pero a su vez la gente está cansada de ir de un lado para otro</p> <p>(HP, 20 años de médico).... Te da cosa que te llame o te mande whatapp y despues te decís: “ pase por consultorio y me paga la de medicos en general. ¡Claro que perdimos confianza en nuestro propio trabajo!</p> <p>(MP, 10 años de médica): ....<b>Ser clínico o pediatra es ser una persona que sale de la facultad así nomás sin formación (para la gente) y pero es al revés..... para la gente tiene mucho más valor el especialista.</b></p> <p>(VP 16 años de médico): .....Pensé que la medicina iba a estar diferente y no como está ahora. La gente está más nerviosa, papas muy ansiosos, cuestionan todo,” yo googlee tal cosa y no estoy de acuerdo”. ¡Jamás me imagine que esto iba a pasar así!.... Eso es lo que vos hubieras querido, trabajar en una guardia?. No!!...todo lo contrario.</p>
	La expresión de la emoción	<p>(RD 23 años de médica generalista): Siempre te enseñan a evitar el contacto, no te comprometas, todo lo contrario, (yo) me he llevado pacientes a mi casa..... Yo no me imagino siendo de otra manera. ¡Hay falta de formación en contacto con la gente pero a mí no me pasa!... No me parece que sean detalles como te dirigís, como atendés, lo postural, los temas comunicacionales.. Una mala noticia no se da mirando para otro lado. Si alguien se pone a llorar no podés hacer como si nada, tenés que agarrar la mano y mirar( su cara) lo que le pasa. Ese es el acto médico, no es problema de salud y se aprende.</p>
	El trabajo en la frontera y el agotamiento	<p>(MC 20 años de profesión): por suerte en mi caso tuve un aprendizaje en consultorio, en la vida cotidiana donde teníamos actividades de reflexión y aprendizaje. Cuando terminan la residencia le digo a todos los residentes :” <b>anda a OSec para aprender( a trabajar en consultorio luego de la residencia) y no estás solo!</b></p> <p>(MP 10 años de médica): .....Hay mucha agresividad (en la gente): “me tenés que hacer esto o me tenés que hacer lo otro”... <b>la gente vuelca en el sistema sus conflictos personales que tienen que ver con nivel de stress. Uno va al médico y quiere que le solucione el problema YA! Porque YA porque tengo que seguir con mi vida y todas mis cosas</b></p> <p>(JL, 12 años de médica): Para <b>trabajar en un consultorio necesito estar preparada desde lo emocional...</b>( por eso no lo hago aún..)</p> <p>(HP, 16 años de médico): En guardia ese tema (de nutrición o de problemas familiares), no se toca. Soluciones el problema agudo y después al pediatra de cabecera (que sabés que no tienen). Acá hacemos controles a las 48 hs y ya... Es una falta grande acá.....</p> <p>MP, 26 años de médica): A veces a algunos pacientes les doy mi celular pero hay personas que no tienen límites: te llaman a las 7 am de un domingo para preguntarte si es necesario darles algo porque hace una semana que esta con tos... Finalmente pasa que te querés dedicar a otra cosa....</p> <p>(MC, 20 años de médica): hoy ví más de 40 pacientes, es desgastante</p> <p>(MP, 26 años de médica) El dolor es el tema..... El dolor es distinto. Imaginate cuando hacés la rotación en servicio donde hay chicos transplantados.... cada dos horas les sacás sangre... yo me camuflaba para entrar.... Pobre chico, los ojos espantados.....Los chicos te manifiestan( el dolor y el sufrimiento) y querés salir corriendo... ¿Entrenamiento para enfrentar a estos chicos? ¡No hay! No fue fácil( por eso me fui..)</p>
	Las organizaciones	<p>(MC, 20 años de médica): <b>no tenés sentido de pertenencia</b> y te hacés solo. En cambio en la residencia sentís que pertenecés porque conocés a todo el mundo, te criaste ahí y sentís que pertenecés</p> <p>(RD 23 años de medica generalista): la vocación de servicio y social con lo que comencé mi carrera la desarrollé en forma individual. No me ayudaron las instituciones, pero si las personas.... por eso cuando querés hacer un cambio organizacional hay mucha resistencia...</p> <p>(GG, 7 años de profesión): La Soc de ...no ayuda por cuestiones son solo de ellos, porque son “ <b>selectos</b> “ y <b>la gente de provincia tiene dificultades para participar</b>- Las trabas son por ser médica de provincia...</p> <p>HP, 16 años de profesión): Si bien trabajo en el ámbito privado las capacitaciones corren por mi cuenta..... En la guardia (consulta) a mis compañeros o quien está en internación. Nunca estoy solo en esos ámbitos, siempre hay alguien a quien preguntar , <b>somos grupo unido siempre con buena comunión, somos “bicho raros” y siempre juntos como rancho aparte</b></p> <p>(MO, 26 años de médica): las instituciones no te pagan más por una formación, especialmente en provincia de Buenos Aires . En CABA te pagan un poco más si tenés título de especialista. Cuál es el incentivo para estudiar o mejorar: Mira te ayuda mucho trabajar con residentes porque por orgullo o interés te hace actualizarte. En mi hospital se cerró la residencia de neonatología y se acabó el incentivo para saber más</p> <p>(MP 26 años de médica: Trabajo en sector público y privado y no me acompañan en ningún aspecto de mi desarrollo. El desarrollo es voluntario, lo pagas vos. ...Mira te ayuda mucho trabajar con residentes porque por orgullo o interés te hace actualizarte. En mi hospital se cerró la residencia de neonatología</p> <p>(JL, 12 años de médica): Habilidades “con el otro” no tuve formación, no hay nadie que acompañe o no, tampoco es reconocido laboralmente. Se hace porque uno lo tiene que hacer.</p>
La identificación	<p>(SP 16 años de médico): Si un residente superior mío que fue luego el instructor me marco porque siempre lo tuve como ejemplo a seguir. Me marcó su sabiduría pero sobre todo su forma de ser como persona era un tipo que se subía al auto a la casa de un paciente que le avisaba, que lo iba a buscar, daba de comer lo que tenía al que no lo tenía. Gran compromiso social....</p> <p>(VP 16 años de médico): Y con relación familia y paciente? ¿te lo dio la residencia o lo armaste solo?... Creo que lo fuí armando solo. La residencia de pediatría( con) la relación médico paciente ,nada de nada. La facultad en los últimos años muy poco. <b>Lo haces en especial vos, copiando al mayor de la sala.</b></p> <p>(RD 23 años de médica generalista): <b>Enseñarle al otro( profesional) que se la salud. Buenos días, manos limpias. ¿Porqué no se enseña? Debería enseñarse.</b> A mí (como paciente) no me gustaría que alguien este parado ahí y no sepas quien es quien te atiende. El contacto visual es desde que abre la puerta</p> <p>(MP, 23 años de médica): Yo aprendí(a manejar las emociones propias y de los pacientes) <b>escuchando y estando al lado de médicos que estaban cancheros.</b> Si cada vez que ellos daban un informe te parabas y escuchabas el informe(a los padres) y comprabas las situaciones y el resultado.....</p>	

### *Contrato psicológico*

Se lo define como el sistema de creencias de cada individuo con respecto al intercambio recíproco entre las dos partes de la relación dual del individuo y la organización donde trabaja. En la conformación de la identidad profesional tienen una enorme influencia el cumplimiento o las violaciones de este contrato ya que, por ejemplo, la violación del contrato psicológico produce sentimientos de furia y aislamiento y la falta del cumplimiento del contrato produce baja del desempeño laboral y la intención de dejar la organización.

Este contrato ha variado con el tiempo. Gallagher (2001) explica que los trabajos son cada vez más “contingentes”, es decir los empleados no trabajan a tiempo completo en una organización, sino que lo hacen a tiempo parcial y la relación dura mientras dure la necesidad del empleador. Este cambio se refleja en la medicina, se han alterado las condiciones del contrato y los profesionales médicos trabajan a la vez en varias organizaciones y del más variado origen: público, privado, en relación de dependencia en algunos y por contrato en otras, lo que afecta profundamente su identidad profesional.

La historia del contrato entre las organizaciones y el médico ha variado y depende mucho de cuestiones propias del sistema de salud. Entre otras causas locales se menciona el origen liberal de la profesión donde históricamente los profesionales trabajaban a su nombre y por propio riesgo pero que en la medida que la salud se va complejizando, hay una mayor necesidad de trabajar en relación a otros como red y en organizaciones para solucionar las crecientes demandas del entorno. Sin embargo la falta de normativas claras, de cumplimiento de leyes laborales, la falta de control y la escalada de costos de salud crean escaso compromiso de las organizaciones con sus recursos.

Los profesionales de salud trabajan en general entonces en múltiples agencias, es decir, deben cumplir con los requerimientos de al menos dos organizaciones donde se entablan distintas e independientes relaciones. También se observa en el sistema sanitario argentino, que puede haber trabajos contingentes lo que significa trabajo en un lugar pero respondiendo a dos o más organizaciones. Eso sucede frecuentemente en el sistema público de salud donde pueden cabalgar contratos del estado provincial con el municipal o el nacional.

Un ejemplo que muestra como los entrevistados trabajan en múltiples agencias:

*(VP 16 años de médico): Estoy **identificado con el hospital donde hice residencia**. Luego se dio **oportunidad de trabajar en Clínica MG**. (También trabajo) en el **hospital** de MG, se está rearmando servicio de pediatría pero había quedado sin pediatras hasta hace algunos meses.... No había internación (porque todos los médicos se fueron) y se derivaba todo...*

Gallagher (2001) define que los profesionales han pasado de obligaciones independientes a obligaciones con múltiples agencias. ¿Cómo es esa relación el trabajador y cómo (re)construye su identidad en este contexto?

En el texto de Sullivan y Baruch (2009) se responde esta cuestión afirmando que las investigaciones demuestran que las personas proactivas, flexibles y abiertas a nuevas experiencias tienden a manejar mejor estas dificultades. Así como las personas más extrovertidas y con mayor autoestima manejan mejor el derrotero de las carreras no tradicionales.

Este tipo de trabajos contingentes provoca ambigüedad, conflicto de roles y un compromiso organizacional no bien definido. También hay un gran stress del trabajador por desigualdad de las habilidades que debe cumplir (por mandato organizacional) con las necesidades de los clientes. Hay limitación en las posibilidades de socialización.

### **La falta de congruencia en el contrato psicológico**

La forma como las organizaciones organizan el sistema de incentivos también definen el posicionamiento de los profesionales. En este estudio y en el sistema de salud argentino, el tipo de remuneración actual, privilegia el uso de la tecnología por sobre el servicio y el pago no es por resultado de las acciones de los profesionales sino en relación a la cantidad de consultas o estudios realizados. Como describen los profesionales, las actividades inherentes a la profesión, como contestar las llamadas telefónicas o de cualquier sistema de comunicación, no se considera “trabajo” para ningún sistema financiador de medicina tanto pública como privada. La sociedad reconoce como valioso el uso de la tecnología de la información, solicita más profesionalismo en este tema, pero no la remunera ni otorga incentivo.

También se han modificado el contrato psicológico por cuestiones sociales y culturales. Como se describe a continuación, se puede ver que el contrato cambió en aspectos relacionados a la confianza de los usuarios, a los cambios sociales de rapidez de atención y la seguridad personal de los médicos, el sistema de reconocimientos que hace el sistema...

*(MP, 26 años de médica): ... Ahora es importante el tema seguridad por lo que no se hacen visitas a domicilio( cuando era una actividad frecuente de los pediatras), el tema de costos donde no se valora (la actividad del consultorio) y la gente no paga un pediatra particular y menos la consulta a domicilio, porque la gente llama directamente a una ambulancia( se refiere a la necesidad de respuesta inmediata) ... Lo que pasa es que el pediatra de cabecera se dispone a través de la obra social donde al pagar por prestación tenés limitado el tiempo de atención( porque pagan poco y es necesario atender mucha gente en poco tiempo..). En el sector público no hay personalización (es decir que se asigna a una persona para las actividades médicas preventivas). Es el que te toca por la hora( quiere decir que se accede al pediatra de cabecera por acceso al primer turno libre)...*

Esta profesional expresa los cambios de contrato con las organizaciones y sobre todo con los pacientes/usuarios/clientes: el criterio de acceso al turno es el primero disponible, sin personalizar la consulta, con el único objetivo de mejorar la accesibilidad y la rapidez de atención, a su vez el profesional considera el entorno externo amenazante ante la falta de seguridad para visitar a una familia en su hogar. Las organizaciones financiadoras o prestadoras no regulan la calidad de atención ya que el criterio de reconocimiento en el salario es la cantidad de personas asistidas sin importar como esa actividad se desarrolla, ni incentiva la mejora continua, ni la capacitación en una profesión que cambia permanentemente ante los avances científicos, tecnológicos y organizacionales.

La cultura organizacional, en forma semejante a lo que describe Kyratsis (2013) en su trabajo acerca de cómo se transformó el sistema de salud en los países del este europeo, muestra cómo la organización no ofrece un sistema de reconocimientos a aquellos que ejerzan su rol de médicos con una mirada sistémica, holística y preventiva.

Teniendo en cuenta alguna las dificultades enunciadas previamente, ciertas organizaciones estimulan algunos cambios, como admitir horas de trabajo destinadas a la capacitación. La capacitación ha sido siempre responsabilidad del profesional, aunque el cambio permanente del conocimiento médico, así como el trabajo con otros y en una organización obligan que los médicos deban capacitarse no solo en cuestiones relacionadas al diagnóstico y tratamiento de enfermedades, sino también a adaptaciones ante stress, comunicación efectiva, manejo de las emociones. También debe hacer capacitaciones en relación a la coordinación de actividades y gestión. Estas últimas deberían estar muy alineadas a los intereses y a la planificación de las organizaciones

Los distintos testimonios manifiestan que las organizaciones no ejercen el control para ver si efectivamente se realizan, ni definen aquellas capacitaciones alineadas con sus intereses, lo que muestra una falta de estrategia acerca de lo que la organización necesita para la mejora continua:

*(RD, 23 años de médica generalista): Recién cuando empecé a trabajar en CABA(Ciudad Autónoma de Buenos Aires) te obligan a hacer alguna capacitación pero la misma no está alineada con los intereses de la APS (Atención Primaria de la Salud) o del lugar de trabajo sino con el interés personal del médico donde a veces hace cursos para ascender en la carrera hospitalaria( como de neurocirugía y está en una sala de barrio...) La forma de contratación es que de las 30 horas establecidas por contrato hay 6hs semanales reconocidas para la formación. Nadie se fija en lo que te estás capacitando.*

El contrato psicológico no se refiere solamente a la interfase entre la organización y el entorno. También se refiere a como se vincula y relaciona el profesional con el “interior” de la organización. El interior de la organización en las instituciones de salud puede verse con

diferentes miradas, pero se utilizarán las expresiones de la administración y gestión de los especialistas de salud. Los especialistas en gestión sanitaria hablan de “referencia y contrareferencia” o “derivaciones” al proceso en el cuál un paciente pasa de un nivel a otro por un motivo de salud. De alguna manera es la forma en que el usuario pasa la interfase entre la organización y el entorno y “entra” dentro de la organización, es decir, con los especialistas médicos con mayor cantidad de habilidades manuales y tecnológicas, y en general con menos contacto con los pacientes. Las “derivaciones” expresan la necesidad de un paciente de ser asistido por un especialista pero también expresan la “red de relaciones” que dispone el profesional del primer de atención, así como las organizaciones (hospitales, sanatorios, poli-consultorios, salas) coordinan las actividades de los profesionales que conforman esa prestación de servicio. El primer nivel de atención es donde se atienden los problemas de salud más comunes y menos graves con relación directa con la comunidad o entorno, el segundo nivel se refiere, en salud pública, a la atención en hospitales que atienden a pacientes derivados del primer nivel de atención, ocupándose de problemas y patologías que no pueden ser resueltas en primer nivel de atención. Todos los entrevistados refirieron la falta de coordinación entre los distintos niveles de atención.

A continuación, un testimonio que puede graficar la situación:

*(MG, 20 años de médica): .....En el hospital no tenemos respuesta(en las especialidades). Cuando derivamos no podemos resolver los problemas de un paciente porque no hay respuesta ni acceso.... (se refiere cuando se derivan pacientes del primer nivel de atención al segundo)*

El contrato psicológico actual, genera sentimientos confusos y pérdida de confianza en el sistema. Por un lado persiste el sistema de ultra-especialización o “medicina estrecha” que refiere Kyratsis (2013). La forma como se retribuye el trabajo médico o como las obras sociales facturan las prestaciones de salud, expresa esta concepción de la medicina caracterizada por profesionales muy expertos en un área del conocimiento, que determinan la atención fragmentada, de distintos especialistas que intervienen según el “aparato o sistema” afectado. Este sistema es el que históricamente existió en Argentina. Luego de la caída del muro de Berlín, de la globalización y los cambios culturales, los sistemas de salud empiezan a estar orientados a lo que los organismos multilaterales de crédito consideran conveniente para disminuir la escalada de costos que significa el sistema de salud de un país. También influye la comparación histórica donde los sistemas de salud los de los países del este europeos y el argentino tienen resultados más pobres en cuanto a indicadores de salud, a diferencia de países donde hay un sistema holístico, basado en un fuerte desarrollo del primer nivel de atención y del médico generalista. Estos cambios de la lógica del sistema de salud han tenido diferentes resultados. Kyratsis (2013) explica como los cambios de la lógica del sistema afectan la identidad del médico y como la reconstruye. Argentina tiene gran cantidad de intentos para cambiar la lógica del sistema desde 1970,



intentando lograr la integración de los distintos niveles de atención. El problema que se evidencia en Argentina es que los cambios en el sistema de salud se han sumado en forma incremental, no hay cambio de lógica. Esta superposición de sistemas produce una enorme desconfianza del profesional que habla de la “hipocresía” de las autoridades. Como muestra el siguiente testimonio:

*(SP 16 años de médico) Si, cabalgan los dos sistemas(se refiere a la ultraespecialización y la profesión con mirada amplia). Los políticos o funcionarios que tienen que implementarla Atención Primaria de la Salud(APS), medicina holística, no lo hacen. A eso me refiero con hipocresía. Los especialistas son especialistas. Si toda su vida se dedicaron a estudiar una cosa chiquitita no puedes pedirles otra cosa....¿Si me decís si hay diferencia entre especialistas y el primer nivel de atención con la atención primaria de la salud?: si lo veo muy, muy diferente. Mi visión es que siempre está más reconocida la ultraespecialización(por el sistema de salud y los financiadores. Esa es mi visión.... Sin embargo aunque está reconocida la medicina más especializada (los políticos, los técnicos, los administradores y gerentes del sistema público) dicen estimulan la APS. Hay un discurso que te dicen porque la APS es muy importante, el médico generalista y resulta que es el menos reconocido económicamente, sin lugar a dudas. En el discurso es fundamental la APS en la salud pública y en el reconocimiento económico es el último...*

Esto podría entenderse como una violación al contrato psicológico donde las autoridades estatales propician el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud, de médicos con formación holística, pero la realidad es que a través de cómo se coordinan las actividades entre los distintos niveles de atención y el financiamiento, no lo hacen.

Los financiadores y prestadores del sistema privado estimulan la medicina ultraespecializada, pero están preocupados por la escalada de costos que se genera por esa misma ultraespecialización que termina en un sistema ineficiente que es materia de discusión mundial. Todos los profesionales del primer nivel de atención sienten que la especialización genera estatus de reconocimiento de pares y de pacientes, lo que se percibe como una amenaza a la identidad de los profesionales del primer nivel de atención. Esta violación de ese contrato genera que el mismo empleado se desanime y no cumpla sus promesas. Una forma como el sistema privado reconoce la ultraespecialización se manifiesta a través de como “no reconoce” los conceptos de asistencia y servicio: conceptos preventivos tales como “control de niño sano”, “control de salud”, “consulta por chequeo o prevención” y no se han modificado los códigos de prestación desde hace más de 50 años. Estos datos fueron obtenidos de codificación de consultas de IOMA (obra social de los empleados estatales de la provincia de Buenos Aires), así como entrevistas a distintos auditores

de instituciones privadas. Esto refleja la permanencia en el sistema de salud argentino, del “viejo paradigma” que caracterizaba las prestaciones de salud en el Este europeo ( Kyratsis, 2013) de “ultraespecialización” que define una atención fragmentada.

Otra incongruencia del contrato es la propia resistencia de los profesionales a los cambios que imparten las organizaciones de acuerdo a los lineamientos estratégicos que proponen, tendientes a lograr una cobertura universal, lograr la integración del sistema de salud y estimular el primer nivel de atención como forma de responder a la escalada de costos y a los pobres resultados que se observan...

*(RD, 23 años de profesión): (Se refiere a las actividades como médica generalista) Actualmente el trabajo es voluntario, se evalúa, se envía a la dirección central pero no hay devolución. Si un equipo logra la meta relacionada a la APS no hay incentivo por eso y es lo mismo si se hace o no. Esto hace que los profesionales no hagan nada y el que hace se cansa. El que trabaja con ganas es el que más labura.... Y sí los médicos no quieren cambiar porque te dicen: **¿Porqué vamos a cambiar si siempre lo hicimos así...?***

**Tabla 4: El contrato psicológico**



Categoría	Descripción	Cita ilustrativa
Amenazas a la identidad	Contrato psicológico	(MC, 20 años de médica): En la municipalidad(CABA) hay una carrera , yo son M23 ahora <b>pero siempre decimos que si sos cumplidor nadie te va decir: Che que bien!</b>
		JR, 4 años de médico): En la guardia (NI: del hospital provincial), estoy como médico municipal porque no hay médicos de guardia con representación provincial. La municipalidad hace contratos ( de médicos para completar mínimo número de profesionales que asegure atención de emergencia en región)... El medico de salita ( municipal) trae patología ( a la guardia del hospital provincial) y ( a veces) nadie lo recibe porque ni hay médico... El contrato con la municipalidad dice que cualquier cosa que pase, ella no es responsable y yo tengo que hacerme responsable. <b>La municipalidad se corre y no se hace cargo de lo que contrata</b>
		(MC, 20 años de médica): En CABA te pagan la recertificación con los cursos que haces. No toman examen . Son 1200\$. En Provincia de Buenos Aires no presenté la recertificación porque para iniciarla te piden 300\$ y no significa nada y no hay incentiva. No me jerarquiza
		(MC, 20 años de médica): En OS... te pedían estar hasta las 10 de la noche y yo tenía los chicos chicos así que dejé
		(MP, 26 años de médica): La carrera hospitalaria pero es por antigüedad, nada más. <b>El incentivo para mejorar?. Nada. Atender mejor al paciente</b> y no quedar mal ante los demás, por amor propio. Como nadie quiere hacer guardia en lugares públicos, aceptan lo que venga, hasta gente no formada. ... Y al final terminan cobrando lo mismo que vos.
		(MG, 20 años de médica) Hace 12 años que estamos acá( pero) al empezar curso de médicos comunitarios cambia la cosa. No se si cuando cambia la gestión.cuando cambia el paradigma digamos el médico de atención primaria, los médicos comunitarios tienen que salir!! <b>Nosotros ya lo hacíamos pero encontrar apoyo gubernamental fue muy importante, los contagiamos a los otros médicos y salimos todos ahora y hacemos las charlas todos juntos aunque no seas generalista, los contagias( a los otros médicos y profesionales de la salud) y está bien visto hacerlo</b>
		(RD, 23 años de médica generalista): Un jefe de servicio puede saber muchísimo y eso no quiere decir que tenga manejo de grupos, planear objetivos, motivar. Eso todavía no se tiene claro cuando se elige un jefe
		MP, 26 años de médica): Ahora es <b>importante el tema seguridad para hacer visitas a domicilio, el tema de costos donde no valora (en el consultorio) y no paga un pediatra particular y menos a domicilio donde la gente llama directamente a una ambulancia. ... Lo que pasa es que el pediatra de cabecera es a través de la obra social donde al pagar por prestación tenés limitado el tiempo de atención y en el sector público es el que te toca por la hora...</b> A veces en salitas como esta si se manejan mejor( en el trabajo) y un poco distinto.

Hasta aquí se intentó explicar los fenómenos que afectan el trabajo y a su vez son percibidos como “violaciones” mayores y menores de la identidad. En el siguiente punto se desarrollará un intento de esquema que intenta explicar cómo responde y adapta la identidad profesional. La forma que lo hace puede ser evaluada en las respuestas al trabajo cotidiano

### Respuesta a la adaptación

La forma como los profesionales (re) construyen su identidad ante los cambios personales y medioambientales son muy variadas y hay distintas concepciones para ordenarla. Los textos que específicamente analizaron este fenómeno en los médicos, muestran ejemplos de cómo ordenaron la información. Kyratsis (2013) describió estos fenómenos como autenticación, encuadre y posicionamiento cultural ante los cambios externos provocados por el cambio de sistema de salud en los países por detrás de la cortina de hierro luego de la caída del muro de Berlín. Pratt( 2006) analiza las “violaciones“ a la identidad que sufren los residentes en el camino de su formación de distintas especialidades. La situación planteada es el mecanismo adaptativo de los médicos ante la confrontación entre lo que “son” y lo que efectivamente” hacen”. Este autor sostiene que los residentes se adaptan “enriqueciéndose” en su identidad o colocando

“parches” cuando debe llenar los agujeros que no comprende o “férulas” como cuando construye identidades temporarias como se observa en los trabajos contingentes.

Como modelo explicativo y de acuerdo a las amenazas que ordenaron las respuestas se usaron los términos de autenticación, adaptación y reposicionamiento. La autenticación podría expresarse como el enriquecimiento que se produce ante la validación o comprobación de las motivaciones que llevan a ser médico en el hacer cotidiano, la adaptación trata de explicar los parches que los médicos reconstruyen en su recorrido de identidad y el reposicionamiento que es una forma de “adaptación geográfica o física” donde se hace la reconstrucción de la identidad en relación al entorno y organizaciones.

### La autenticación del rol

Hall (2004) describe como la persona y no las organizaciones están a cargo de la orientación profesional que conduce las decisiones de carrera y la definición de éxito son subjetivas (éxito psicológico).

*Efectos interactivos de las dos metacompetencias. Adaptado Hall(2004). The protean career: A quarter-century journey. Journal of vocational behavior, 65, pag 7*

**Figura 3:** Efectos interactivos de las meta-competencias. Hall (2004)

		Adaptabilidad	
		Alta	Baja
Autoconciencia o autoconocimiento	Alto	Alta adaptabilidad y autoconciencia	Alta autoconciencia y baja adaptabilidad: rigidez, bloqueo, evitar el riesgo
	Bajo	Baja autoconciencia y alta adaptabilidad: conducta de camaleón	Baja autoconciencia y adaptabilidad: responde a órdenes

Este concepto es importante en relación a los cambios que se han producido por la globalización y los cambios organizacionales. Para ello establece criterios de “adaptación” a las circunstancias a través de dos meta-competencias que son autoconciencia y adaptabilidad. La combinación de ellas otorga cuatro categorías posibles que son: 1) baja autoestima y adaptabilidad donde hay personas rígidas que sólo responden mandatos, 2) baja adaptabilidad y alta autoconciencia donde la respuesta es el aislamiento, bloqueo y evitar el riesgo, 3) alta adaptabilidad y baja autoestima donde se llama “camaleón” y 4) alta adaptabilidad y autoconciencia donde el individuo toma conducta inteligente y proactiva. En la figura siguiente se observan las respuestas en función de la capacidad de adaptarse al entorno y el conocimiento y confianza en uno mismo.

La forma en que los profesionales posean la brújula que les permita adaptarse a las condiciones externas del trabajo, permitirá un mayor desarrollo personal y autoestima. En ese sentido la capacitación a los profesionales durante la carrera, las residencias y luego debería estar orientada a facilitarles el desarrollo de su propio potencial. De acuerdo a la literatura y a los resultados de las entrevistas sería muy importante que se hagan cargo de sus carreras. En general

la literatura de gestión como la de educación médica y como fue referido previamente hablan de la “mentoría” como forma de facilitar ese aprendizaje

Es importante por eso el desarrollo de este modelo descrito por Hall( 2004) donde las personas desarrollen la autoconciencia y la adaptabilidad.

Muchos profesionales permanentemente “autentican” sus motivaciones iniciales como son el compromiso con la gente y sus dolencias, y responden con una conducta proactiva:

*(MDM, 23 años de médica): sigo trabajando aquí que es donde empecé mi carrera porque si bien hay dificultades con el segundo nivel de atención, aquí se labura como se debe laburar en atención primaria...porque todos pensamos de la misma manera en este lugar... por otro lado para responder a cuestiones relacionadas al dolor,ya que a mí me pasó de no encontrar respuesta porque tuve un síndrome de túnel carpiano cuando me separé, que no me permitía hacer nada. La solución la encontré en la acupuntura entonces **me especialicé en homeopatía y acupuntura que algunas no son reconocidas por los Colegios Profesionales ni financiadoras pero ayudan a la gente....cuando fui Directora del Centro de Salud fui amenazada varias veces pero los vecinos de la sala de espera siempre me defendieron...***

Esta extensa entrevista fue recortada pero hay evidencia de cómo la profesional valida sus motivaciones iniciales trabajando en un lugar que hacen lo que considera que “hay que hacer”, aunque trabaja en zona de alto riesgo en una villa del conurbano bonaerense y sin incentivos económicos a su labor, siendo sostén único de familia. Por motivaciones económicas y personales como es su propio dolor, se capacita en especialidades no reconocidas por las organizaciones en las que trabaja, pero que son reconocidas por los pacientes y validadas por ella misma como alternativa para el sufrimiento. Finalmente valida con el entorno (los pacientes). Es la validación social de esta identidad a través de negociaciones con interacciones como “me defienden” ante las amenazas de los punteros políticos del barrio y le permite validar lo que es y lo que hace.

#### *Adaptación y reformulación*

En el recorrido la mayoría de los profesionales coincidieron que la formación en los conceptos de trabajo emocional es escasa. En general se produce la identificación e imitación de referentes en primer lugar y entre pares que son los mismos compañeros de trabajo en la residencia. Los profesionales disparan procesos psicológicos que pueden transformar episodios de identidad irrelevantes en experiencias de mejora de la identidad profesional (Ashforth y Humphrey, 1993), así como los relevantes definen la adaptación y reformulación en el trabajo y después “reconstruyen” la identidad en un segundo ciclo.

Como explica Hall (2004), los individuos se adaptan al entorno. En un primer momento con baja autoestima( ...*me quería morir*..), y luego adaptándose a la realidad externa que cambia luego de la residencia con una actitud proactiva que mejora esa autoestima:

*(HP 16 años de médico): (Cuando terminé la residencia)En el consultorio estaba solito, me quería morir, vos salís con formación internista a algo ambulatorio. Yo me quería morir porque en la residencia no ves mucho niño sano. Me preguntaban(los padres) cosas simples como: doctor qué come el nene y entonces no sabía que decirle y compré unas guías del Ministerio de Salud que me salvaron la vida...*

Este movimiento continuo entre lo psicológico y el entorno permite comprender la conducta adaptativa del profesional que le pueda permitir mejorarla satisfacción laboral. Ante las amenazas del entorno que no puede resolver, porque no aprendió cómo hacerlo, el profesional médico responde adecuadamente y aprende en forma reflexiva, a su vez confronta lo que es y lo que hace y reconstruye su identidad. A semeja un espejo que de acuerdo a lo que devuelve hace que las personas actúen ese rol. Esa es la identificación con el rol que es el mecanismo más poderoso de logro de la identificación.

En los casos estudiados se observó cómo funciona la identificación de pares y donde el control cultural es logrado por los grupos de trabajo a través de la “mística” que emanan.

*(MF, 20 años de médica): Nosotros no tenemos formación pero vamos aprendiendo en la marcha. Yo he salido a buscar pacientes, soy “La Mara”. Antes salíamos solamente los médicos de Atención Primaria pero gracias al programa de Médicos Comunitarios hemos aprendido todos (generalistas y especialistas) a salir a la comunidad....*

Se percibe en las respuestas adaptativas que se genera una red de relaciones entre pares fundamentales para el desarrollo de la autoestima tan necesario para adaptarse. Es por eso que las situaciones de inestabilidad emocional, más relacionados a la pérdida de la pertenencia del grupo se vivan en forma amenazadora ya que faltan espacios de reflexión individual y de pares donde se puedan expresar esas emociones.

Parecería que los profesionales médicos se van adaptando a la realidad con resultados dispares. Algunos se capacitan en forma individual, tratando de dar respuesta a las inquietudes de los pacientes/usuarios/clientes, otros buscan salir de la zona metropolitana hacia el interior del país en búsqueda del cumplimiento del mandato vocacional y otros buscan salidas a través de la mayor especialización y perfeccionamiento técnico. A diferencia de los trabajos tradicionales donde se hacía carrera dentro de la organización, los profesionales médicos del primer nivel de atención trabajaban en sus consultorios, en el ámbito privado y las organizaciones públicas

moldeaban su identidad a través de la capacitación. Una respuesta adaptativa a la falta de confianza, a la sensación de urgencia e inmediatez para resolver problemas, a la inseguridad y al elevado costo de mantenerse en forma individual, es refugiarse en una organización con un corrimiento de la “frontera” de trabajo. En algunas entrevistas los profesionales elijen protegerse en una organización para mantener su integridad, sus valores ante un entorno cambiante y percibido en forma amenazante. Se llega a cambiar la motivación inicial que originó la elección de una especialidad y se puede cambiar por otra, no por genuino interés, sino para evitar la las demandas del entorno.

Como describe el modelo del caleidoscopio de Sullivan y Mainiero (2006) descrito por Sullivan y Baruch (2009) los individuos cambian el patrón de sus carreras. Estos cambios pueden producirse como respuesta a cambios, predominantemente internos, como la propia maduración, o externos como ser despedidos o porque un proyecto no funcionó. Los individuos evalúan las opciones disponibles para ajustarse a las demandas del trabajo, las limitaciones, las oportunidades así como los aspectos relacionales, los mismos valores y los intereses personales.

El trabajo de Ashforth y Humphrey (1993) muestra que en los trabajos de “frontera” como los de los profesionales médicos elegidos para el presente estudio, las respuestas tanto cognitivas como emocionales son casi siempre negativas inicialmente y esta disonancia produce un realineamiento de la identidad para resolverla. Las investigaciones sugieren que la expresión de ese sentimiento facilita el cambio a la emoción sentida y también la actuación del rol termina siendo el rol adoptado. La sensación de agobio, falta de tiempo y vida que expresaron algunos profesionales los lleva a enfrentar la profesión en forma más despersonalizada como mecanismo de defensa.

*(MP, 23 años de médica): Luego de hacer pediatría, elegí neonatología porque si bien es más estresante, a mí me estresaba ver la carita de un nene que le ponía una vía. Eso **no pasa en neonatología donde el bebé no expresa dolor y no llora, en cambio en pediatría sí...***

En algunos casos el profesional toma una conducta reactiva al no poder resolver los problemas, toma un rol distinto. En otros casos lo resuelve cambiando de especialidad que no requiera contacto emocional ni que se encuentren en la primera línea de la atención.

*(HL jefe de ginecología y obstetricia): en vez de atender partos o situaciones difíciles todos terminan comprándose **un ecógrafo para hacer ecografías y no estar en contacto con los pacientes...***

Como describen Sullivan y Baruch (2009), algunos profesionales no se han adaptado a los cambios de reglas permanentes. Parecería que no tienen ni los conocimientos ni las habilidades necesarias para captar los elementos de su nuevo trabajo

*(RD, 23 años de médica) Los propios médicos resisten fieramente (al cambio) y dicen: “hace 25 años que hacemos esto porque vamos a cambiar” Se les llena la boca hablando de la salud de la gente y cuando vas a la realidad el médico es un desastre, se borra...*

Muchos profesionales resisten fieramente a los cambios o adoptan un comportamiento “cínico” explicando que la tecnología les ha aumentado el stress ,porque no hay separación entre trabajo y no trabajo y se sienten siempre de guardia inclusive los fines de semana o vacaciones.

### *El reposicionamiento*

Los profesionales médicos autentican o se adaptan con distintos mecanismos que se describieron previamente. La forma en la que cristaliza su relación con las organizaciones en relación a los cambios que amenazan su identidad se definirá como “reposicionamiento” ya que esa ubicación geográfica también es un mecanismo con el que moldea su trabajo, su rol e identidad. En las entrevistas se observaron las amenazas del entorno como la inestabilidad laboral, la pérdida de status, los cambios sociales como la misma feminización y sus necesidades especiales, la inseguridad, la desconfianza que genera un sistema que no responde a las necesidades de la población y la demanda creciente de responder con más celeridad. La misma complejidad creciente del acto médico, la necesidad de establecer relaciones con otras especialidades como enfermeras y médicos especialistas, los avances tecnológicos, hace que los profesionales del primer nivel de atención cambien su frontera y se “refugien en las organizaciones”. Es por eso que hay un reposicionamiento del individuo que trabajaba solo en su práctica privada, para integrar un nuevo espacio de trabajo donde interacciona con otros. Aquí son importantes no solo los conocimientos, sino la red de relaciones que establece y sobre todo las actividades de coordinación del trabajo. Estos cambios definen profundamente su identidad.

Las organizaciones de salud deben responder a este cambio de “posición” de los profesionales médicos con algunos desafíos. Las características del encuentro cara a cara como son los trabajos en servicios hace muy difícil para las organizaciones reglar este encuentro. La supervisión directa descripta para los trabajos manuales es imposible en el caso de la prestación de servicios (sobre todo por cuestiones como el respeto a la intimidad y el secreto médico). En la literatura, las organizaciones realizan cambios indirectos donde la identificación con el rol de servicio se realiza por la internalización de valores y normas. Es por eso que en la identificación y la reconstrucción de la identidad y su relación con las organizaciones cobra relevancia el control cultural que se manifiesta en el reclutamiento, selección y socialización que comienza en tempranas etapas formativas como la formación de pregrado y la residencia. Este control cultural tiene que estar asociado con la legitimación externa como el ida y vuelta que otorgan los clientes/pacientes. También puede expresarse como confianza, así como la frecuencia relevante de encuentros que la legitimen y la potencia del usuario para generar “accountability”



El siguiente testimonio expresa como una organización intenta poner sus propias normativas que entran en conflicto con los valores del profesional:

*(PSC, 12 años de médica): Yo trabajaba en la Tri.....Hermoso, paquete, me decían **que trabaje arregladita**.... Pero ahí me obligaban a internar sin necesidad(solo) para facturar pero aunque me ofrecieron un buen puesto me fui sola.. Me exigían que **interne aunque no hiciera falta, me pagaban un extra si internaba más chicos**, y yo dije: “con los chicos no”. Ponían el interés de la Tri sobre el interés de la persona... Y es un lindo lugar.... Si me ven acá, en esta salita (villa conurbano bonaerense), ¡que van a pensar...!*

La forma como recluta, organiza, selecciona y mantiene al personal de la salud también define la identidad profesional a través de la cultura que presiona en su conformación. Los incentivos forman parte importante de esa “presión cultural”.

Existen casos donde la organización exige condiciones que llegan a que el profesional cambie su especialidad para seguir perteneciendo. En el próximo testimonio la entrevistada expresa extensamente su interés por la palabra, la escucha. Por problemas de dicción no puede iniciar la carrera que más le interesaba que era la fonoaudiología. Como la medicina y la pediatría en particular es la profesión más cercana a esa motivación, es lo que hace inicialmente. Luego se “reposiciona” y adapta una especialidad que no es la elegida para pertenecer a la organización más importante que sostiene su formación de identidad ubicándose “geográficamente” en otro lugar.

*(MP, 26 años de médica): Siempre quise ser pediatra especializada en nariz garganta y oído pero empecé curso superior de neonatología (cuando terminé la residencia) porque me ofrecen un nombramiento en el hospital!!! Si bien no me interesaba neonatología, **era una oportunidad (para insertarme en el hospital) se había creado el servicio y necesitaban pediatras jóvenes como yo**. Pero no me gustaba la idea de hacer guardia de por vida como te pasa con esta especialidad.....Pasaron 26 años y sigo en neonatología...*

## **Tabla 5: Mecanismos de adaptación de la identidad**

Categoría	Descripción	Cita ilustrativa
Adopción de nueva identidad	Autenticación	(MC 20 añosde profesión): <b>Tratar, aliviarle el dolor.... Poner los libros al servicio de la gente, ¿Qué importa el anticuerpo si la gente</b> (SP 16 años de médico): En ámbito privado me sirve muchísimo (la reunión semanal que tiene de discusión de casos de pacientes), para <b>seguir actualizándote pero también reaffirmo mi ser y cambio para bien. Me dio mucha más confianza, mayor desenvolvimiento, estaba aplacado.</b>
		MG, 10 años de médica):.....y quiero con mis nuevos conocimientos ( adquiridos ahora) ayudar a los pacientes... (HL jefe de ginecología y obstetricia): Yo no cambie desde mis inicios. Cuando me pongo a hacer con CONIN, siempre tuve vocación social, desde una profesión de fe y también de profundo reconocimiento del hombre...
	Adaptación	(MC 20 añosde profesión): te miro el ojo y nada más porque no reconocen lo que hago y te vas cansando.. (Con)Un paciente de Pami te pagan "nada" y no se va más. ¿Cómo hacés para tratar todos sus problemas?
		GG, 7 años de profesión.... <b>Sistemas de incentivos: ¿qué es eso?. No hay ni en público ni privado.La capacitación me la pago yo siempre</b>
		(MP, 10 años de médica): Todo por la voráGINE que la gente corre de un lado para otro es más fácil llevarlo a la guardia porque le solucionan problema en el momento cuando en realidad debería ser al revés.
		(MC 20 añosde profesión)Para evitar la soledad , mi amiga y yo comenzamos a especializarnos y estudiar juntas..... Ahora quiero aprender investigación
		(HP, 16 años de profesión)Finalmente creo que estoy en una guardia porque <b>me siento protegido y porque no tengo garantías trabajando solo....Antes el pediatra era palabra santa, hoy en día sos del montón....</b>
		(HL jefe de ginecología y obstetricia): .....Sin embargo lo que veo en mi especialidad es que <b>hay una "aversión al riesgo" y en vez de atender partos o situaciones difíciles todos terminan comprándose un ecógrafo para hacer ecografías y no estar en contacto con los pacientes...</b>
		(MG, 10 años de profesión): No tuveo formación en lo emocional pero la contención en esta patología ( NI: se refiere a enfemidades de región vulvar y genital inferior) es tan importante... Fundamental. Yo también he pateado( pacientes) porque no sabía cómo manejarlo.... En una época yo también lo hice. ...y se necesita mucho formarse en lo emocional. Lo intentamos cuando vamos al curso de especialización de tracto genital inferior -
		(VP 16 años de médico): ...Me imaginaba a los 40 años teniendo un consultorio, mis pacientes particulares, seguir vinculado con la internación y guardia pero <b>no como ahora que hago solo guardia, solo esto es lo que hago.</b>
MP, 26 años de médica): (durante la residencia) En esa época nos decían hacer guardia día por medio y estábamos contentos, ahora a un residente le decis un sábado o más de 12 horas y te pone cara o no la hace...		
El reposicionamiento	(MC 20 añosde profesión) <b>Voy a trabajar cerca de casa, pero no voy a vivir viajandotoda la vida... pero antes voy a capacitarme bien.¿ siempre aspiro a algo más!</b>	
	MP, 26 años de médica): Siempre me gustaron las guardias de neonatología porque si bien neo es más estresante, a mí me estresaba ver la carita de un nene que le ponía una vía( la cara de dolor). Eso no pasa en neonatología donde el bebé no expresa dolor y no llora. Me estresa más un chico que viene a la guardia a las 4 am que hace dos días que esta con tos por la familia....	
	(MC 20 añosde profesión) No me gustaba trabajar en el Hospital X porque no había biológicos, la gente se moría como pajaritos y me fui	
	(MP, 10 años de médica): Todo por la voráGINE <b>que la gente corre de un lado para otro es más fácil llevarlo a la guardia porque le solucionan problema en el momento cuando en realidad debería ser al revés.</b>	
	MG, 10 años de médica: <b>Intentando llegar a mi objetivo de ser referente (en mi especialidad)</b> Te pasa que te vas apagando de a poquito. <b>Ahora me encendí de nuevo</b>	
	MP, 26 años de médica): Si bien no me interesaba neonatología , era una oportunidad( para insertarme en el hospital). Pero no me gustaba la idea de hacer guardia de por vida como te pasa con esta especialidad.....Pasaron 26 años y sigo en neonatología.....	
	(GG, 7 años de profesión) .... El hospital( donde hice la residencia) es mi centro de referencia Sistema Privado no lo engancho. (Evade preguntas acerca del organización privada donde trabaja) Me siento cómoda en público para trabajar, para hacer una cirugía, para atender a una paciente. <b>Tengo más libertad...</b>	

También hay un reposicionamiento ante la inseguridad, la desconfianza y la necesidad de responder a las demandas en forma urgente

*(MP, 10 años de médica) Trabajo en la guardia por la vorágine que la gente corre de un lado para otro y es más fácil llevarlo a la guardia porque le solucionan problema en el momento cuando en realidad debería ser al revés.....perome imaginé haciendo más consultorio y menos guardia. Poner consultorio particular pero también es muy difícil vincularse y no estar todo el tiempo pendiente (de las necesidades de la gente)...*

Existen otros casos en que el reposicionamiento obedece a otras causas como la necesidad de equilibrar el balance “vida- trabajo” y se decide pasar a una pequeña especialidad que no requiera tanto compromiso y que es validada externamente por los pacientes y las organizaciones. Otra opción es trabajar cerca de su casa aunque se resigne jerarquía y formación:

*(MG, 10 años de médica): y sí (por eso) me estoy sectorizando en tracto vaginal inferior(ultra especializando) por eso y pierdo la vista amplia... Al sectorizarme y focalizar puedo cumplir mejor y tener tiempo para mi familia y vida personal.*

En las entrevistas aparecieron datos muy interesantes en referencia a la “feminización” de la profesión. Tanto datos históricos con respecto a la formación de la identidad profesional, como afectan y condicionan la (re)construcción de la identidad y finalmente como “responde” la identidad en el hacer. Parecería que las mujeres se reposicionan y adaptan mejor a las necesidades externas que conjugan con las necesidades personales. A continuación se hace una exposición de este aspecto particular que apareció en las entrevistas.

### **Feminización de la profesión**

La feminización es un fenómeno que atraviesa la gestión, la medicina y las políticas públicas. En este estudio por la gran cantidad de entrevistas a mujeres surgió su problemática y su adaptación. La formación de la identidad tiene algunos mecanismos diferenciales que se desarrolla apartadamente.

Los datos cuantitativos muestran que la profesión de médico se ha feminizado, como la docencia. Este fenómeno no se concentra en Argentina, sino también es descripto en otros países como España y EEUU. El reporte suministrado por el Ministerio de Salud en el año 2015 acerca de las características de recursos humanos en salud muestra la elevada proporción de mujeres en la profesión y el cambio proporcional de mujeres con respecto a los hombres.

Mucha agua bajo el puente ha pasado desde que Cecilia Grierson se convirtió en médica en 1889 y concursó para el cargo en la cátedra de obstetricia que se consideró desierto ya que se presentó una mujer en el cargo. Datos obtenidos de la feminización (Levinson, 2004) concluye el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina del John Hopkins de Baltimore, afirma que las mujeres no están en desventaja respecto de los varones y que por su condición y rol sociocultural, tienden con natural facilidad a la compasión y empatía. Utilizan un estilo de comunicación más adecuado y para comunicar lo hacen de modo abierto y participativo.

Sin embargo tanto en Argentina como otros países se lo considera como un fenómeno relacionado al escaso reconocimiento externo de la profesión y a la falta de incentivos sobre todo económicos. Muchas de estas profesiones son consideradas socialmente como “complementos” dentro del sistema de ingresos económicos de una familia

*(HL Jefe de ginecología y obstetricia) El otro punto es la lectura de la pauperización de profesión y un indicador es la feminización de la profesión. Cuando yo egresé en la Secretaría de Asuntos Estudiantiles que era la gremial, 82% (eran) varones. Ahora ninguna facultad tiene menos de 78% de mujeres. Cuando uno tiene que estructurar un sistema de motivaciones en cualquier proceso de gestión, la motivación económica por sí misma es pobre porque no es satisfactoria...*

Este testimonio asume que las mujeres trabajan no solo por el ascenso y reconocimiento económico sino por una motivación de realización personal más allá de ascenso profesional y económico.

En las entrevistas algunas mujeres, por el solo hecho de serlo y en relación a compromisos familiares, decidieron no hacer residencia (porque lo consideraron incompatible con la familia) o deciden su formación priorizando la optimización del tiempo para estar más cerca del hogar en detrimento de los antecedentes del lugar de formación:

*(MG, 20 años de médica) No hice (residencia). Hice una visitancia en el Lucio Meléndez a una cuadra y media de mi casa. Cuando entré, hice las mismas cosas que los residentes y una guardia. Me dejaron hacer lo mismo que hacían ellos...*

Otras mujeres prefieren trabajar en otra actividad para poder tener ingresos durante la etapa formativa

*(JL, 12 años de médica): En el medio fui mamá y cambio muchísimo lo que pensaba que iba a ser. No hice la residencia aunque empecé y dejé porque quedé embarazada. Yo no quería hacer residencia con chicos. Mi marido quería que estuviera en casa. Puse negocio, una boutique. Después retomé pero solamente hacer guardias...así estoy más tiempo en casa...*

En el artículo de Hall (2004) sobre teoría e investigación de la carrera se establece que las mujeres experimentan más interrupciones profesionales debido a las demandas familiares, rechazando oportunidades de carrera por razones personales o familiares, definiendo carreras no tan lineales. Las interrupciones de los hombres se deben más a la pérdida de trabajo. Muchas mujeres luego de la residencia, luego de una exposición muy grande y gran cantidad de horas dedicadas al trabajo, quieren “equilibrar” su vida personal y laboral. En ese sentido deciden elegir

una ultra especialización que las comprometa en poco tiempo emocionalmente y en horas de estudio y trabajo como presenta el siguiente testimonio:

*(MG, 10 años de médica): (después de la residencia). Me estoy especializando solamente en vulva y cuello uterino. Estoy buscando equilibrio con todo... Pero también soy mujer, tengo una hija y está mi lado familiar y mi vida en pareja (además mi) formación y profesión...*

El texto de Sullivan y Baruch (2009) citan a Sullivan y Maineiro (2006) que exponen el tema de autenticidad, desafío y equilibrio. Las mujeres siguen un patrón beta donde primero está el desafío, luego el equilibrio y la autenticidad en último lugar. Todos los casos entrevistados en general responden primero al patrón beta donde aparece el desafío (pregrado, los primeros años con la residencia), luego viene la búsqueda del equilibrio con la familia, los primeros años de la maternidad y finalmente la autenticación donde hay expresiones como “*me encendí de nuevo...*”

Wharton (2005) en su trabajo sobre “trabajo emocional” usa el término de “proletariado emocional” para describir trabajos de servicio destinados a mujeres y minorías, en los que hay un escaso ejercicio del poder formal, a menudo están sujetos a los intentos de los empleadores de controlar sus interacciones y hay una obligación de trato amable y diferencial con los clientes. Cuando esta diferencia se convierte en un requerimiento de trabajo, miembros de este grupo están sobrerrepresentados. Finaliza que todos los trabajadores de “frontera” pueden tener dificultades en el trato con clientes (pacientes) para generar respeto y confianza y las dificultades pueden ser mayores en los trabajadores de los grupos sociales más desfavorecidos. Termina explicando que la existencia de grupos étnicos y de género en áreas de “frontera” dentro del sector servicio sufren sutiles formas de discriminación.

*(VP 16 años de médico): Conmigo pasa menos porque con los varones es diferente (el trato) pero con las mujeres lo veo más (el maltrato). Los papás son más cuestionadores. Ahora los pediatras son mayoría mujeres! Sí, lo veo mucho, si ven a un hombre cuestionan menos. **Realmente con las mujeres los papás son más cuestionadores, lo veo claramente....***

La respuesta externa o de los pacientes es distinta según el sexo del profesional, quizás relacionada a la representación cultural de lo que es la autoridad del médico. Frecuentemente se asocia la confianza al sexo masculino y quizás la actitud de las mujeres genere menos confianza en los clientes/ pacientes

El fenómeno de la feminización produce cambios importantes en las organizaciones ya que hay que compaginar los servicios de emergencia, la formación, el trabajo, la lactancia tanto para las mismas mujeres como para las organizaciones donde trabajan. Este fenómeno no ha sido estudiado en el sector salud de nuestro país.

## 5. Discusión

El análisis e investigación del recorrido de la construcción y reconstrucción de la identidad, los factores que inciden y su respuesta adaptativa permite aportar información a investigadores, docentes y gerentes que permita analizar y reformular la carrera médica.

Pratt (2006) establece un modelo que sirve para explicar los fenómenos descriptos anteriormente, con un modelo de pasos donde se forma la identidad. El hacer es validado externamente y el aprendizaje es el núcleo que origina el ciclo de reformulación de la identidad. En las entrevistas se constató que las validaciones del trabajo no están muy definidas ni estandarizadas, así como las instancias de trabajo reflexivo. Aprender sobre el trabajo sirve como “núcleo” del ciclo de aprendizaje de la identidad cuando se compara lo que se es y lo que se hace (en relación al entorno). Las diferencias que surgen de esta comparación se llaman “violaciones” que si son menores reafirman la identidad y si son mayores surgen mecanismos de adaptación donde a través de “parches” donde llena el vacío que no puede explicar o “apoyos o férulas” cuando construye identidades temporarias que ayudan a sobrevivir al medio externo y reconstruyen su identidad. También con el logro de la competencia profesional admite si es competente (a través de su propia autoestima y valuaciones de la agencia), aspecto crítico para la adquisición de nuevas identidades. Se observaron violaciones mayores a la identidad en las residencias formativas de la Provincia de Buenos Aires en relación a las de CABA (sobre todo en clínica y toco-ginecología), así también parecería en esta investigación, que los médicos generalistas y de atención primaria se sienten más competentes en sus trabajos. Los pediatras no están adaptados emocionalmente a la presión de los cambios sociales por la pérdida de estatus y confianza.

Las identidades también permiten comprender mejor la lógica de los sistemas de salud, como demuestra trabajos previos como Kyratsis (2013), donde el cambio de lógica del sistema también afecta la formación de la identidad. La superposición de sistemas (el de ultraespecialización y el de la medicina holística), el fracaso de los intentos de lograr la integración del sistema de salud, la falta de planificación y control genera grandes problemas para la formación de la identidad y su expresión en el hacer cotidiano. Se verifica una importante pérdida de estatus y diferentes formas de adaptación. Los fenómenos macro influyen en forma poderosa en la realidad cotidiana, tanto como las motivaciones iniciales y la resistencia al cambio de los profesionales, dando mayor complejidad al fenómeno. Esto cobra importancia con el interés mundial de otorgar eficiencia a los sistemas de salud y en particular de Argentina con un gasto en salud per cápita muy por encima de la región y pobres indicadores de eficiencia. Los agentes de cambio tienen que manejar estas dinámicas para poder planificar la reforma, ya que parte del éxito es posible que se encuentre relacionado con aspectos de la reformulación de la identidad profesional en un fenómeno de ida y vuelta donde la lógica de la reforma, reformula la identidad y viceversa.

En este estudio se analiza descriptivamente el transitar de la carrera, se compara el discurso y los datos obtenidos con detalles del conocimiento académico como “trabajo

emocional”, “contrato psicológico” y feminización. Se usa como respuesta a estas violaciones los conceptos de “autenticación”, “adaptación” y “reposicionamiento”. Se observó que muchos profesionales tratan de mantener viva la motivación inicial y otros la cambian con distintos mecanismos adaptativos, en un reposicionamiento en relación a la organización donde trabajan, generando distintos tipos de respuesta en relación al grado de adaptación al entorno (alto o bajo) y al autoconocimiento( Hall, 2004). También se observaron las respuestas ante los cambios culturales de la sociedad y las organizaciones con el reposicionamiento (de la identidad) que generan.

De acuerdo a los estudios revisados, se confirma en este estudio que la identidad está profundamente relacionada con la interacción del entorno y las organizaciones. Hay estudios que demuestran que el género puede influir en la identidad profesional y sería un punto a profundizar luego de los datos obtenidos, ya que hay escasa información que evalúe las tensiones en la formación de la identidad de las mujeres en este contexto.

Las organizaciones deberían colaborar en crear expectativas compatibles con el conflicto de roles, el stress y la ambigüedad del puesto, ya que el trabajador debe adaptarse a un trabajo donde lo emocional es muy importante, sobre todo con la pérdida de confianza, que generan cambios adaptativos de autoestima y adaptabilidad negativos.

Los profesionales médicos todavía son responsables de su aprendizaje y hay que estudiar las consecuencias de los trabajos contingentes o las carreras “proteanas” en relación al cambio permanente del conocimiento, al aprendizaje reflexivo, en relación al otro y al ajuste con la capacitación planificada por las organizaciones.

Estos resultados son importantes para analizar cómo deben operar los gerentes organizacionales y sobre cómo capacitan los educadores y roles de mentores en el contexto muy cambiante del trabajo médico actual.

San Andrés

## 6. Bibliografía

- Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of management review*, 18(1), 88-115.
- Barbour, J. B., & Lammers, J. C. (2015). Measuring professional identity: a review of the literature and a multilevel confirmatory factor analysis of professional identity constructs. *Journal of Professions and Organization*, 2(1), 38-60.
- Baruch, Y., & Peiperl, M. (2000). Career management practices: An empirical survey and implications. *Human resource management*, 39(4), 347-366.
- Chreim, S., Williams, B. B., & Hinings, C. B. (2007). Interlevel influences on the reconstruction of professional role identity. *Academy of Management Journal*, 50(6), 1515-1539.
- Crues Richard L,  
Echeverría, R. (2000). *La empresa emergente*. Buenos Aires: Granica.
- Gallagher, D. G., & Parks, J. M. (2001). I pledge thee my troth... contingently: Commitment and the contingent work relationship. *Human Resource Management Review*, 11(3), 181-208.
- Garín H. La salud de los médicos. Infobae. Publicado 9/12/2016. <http://www.infobae.com/opinion/2016/12/09/la-salud-de-los-medicos/>(Sitio web consultado 18/12/16)
- Gore E. (2012). *El próximo management: acción, práctica y aprendizaje*. Buenos Aires: Granica.
- Hall, D. T. (2004). The protean career: A quarter-century journey. *Journal of vocational behavior*, 65(1), 1-13.
- Hilton S, Slotnick H. Proto-professionalism: how professionalisation occurs across the continuum of medical education (2005). *Medical Education*, 39:58-65
- Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (2011). El gasto de salud en Argentina. [http://www.ieps.com.ar/es/template.php?file=notas/2011/11/11\\_11\\_03\\_El-gasto-salud-en-Argentina.html](http://www.ieps.com.ar/es/template.php?file=notas/2011/11/11_11_03_El-gasto-salud-en-Argentina.html). Revisado 26/12/2016
- Kegan, R. (1982). *The evolving self*. Harvard University Press.
- Kyratsis Yannis, Atun Rifat, Phillipís Nelson, Tracey Paul and Gerard George ( 2013). Health Systems in Transition: Professional Identity Work in The Context of Shifting Institutional Logics. *Academy of Management Journal*, in press. DOI: 10.5465/amj.2013.0684.
- Levinson, W, & Lurie, N. (2004). When most doctors are women: what lies ahead?. *Annals of internal medicine*, 141(6), 471-474.
- MacKenzie, C. R. (2007). Professionalism and medicine. *HSS Journal*®, 3(2), 222-227. Published online 2007 Jun 19
- Organización Mundial de la Salud (2015). Presentan nuevo informe sobre especialistas médicos en Argentina. [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9957:present](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=9957:present)



[an-nuevo-estudio-sobre-especialistas-ma-copy-dicos-de-argentina&Itemid=239](#). Revisado 23/9/2016

- Petriglieri Jennifer Louise( 2011). "Under threat: Responses to and the consequences of threats to individuals's identities". Academy of Management. The Academy of Management Review. 36 (4): 641-662
- Philippon, D. J., & Wasylshyn, S. A. (1996). Healthcare reform in Alberta. Canadian public administration, 39(1), 70-84.
- Pratt, M. G., Rockmann, K. W., & Kaufmann, J. B. (2006). Constructing professional identity: The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. Academy of management journal, 49(2), 235-262.
- Schwartz SJ, Luyckx K, Vignoles VL. Lesson learned in identity research. (2001). Kate C. McLean & Moin Syed (Eds.), Oxford Handbook of Identity Development
- Starr, P. (1982). The social transformation of American medicine. Basic Books.
- Sullivan, S. E., & Baruch, Y. (2009). Advances in career theory and research: A critical review and agenda for future exploration. Journal of management, 35(6), 1542-1571.
- Van De Camp, K., Vernooij-Dassen, M. J., Grol, R. P., & Bottema, B. J. (2004). How to conceptualize professionalism: a qualitative study. Medical Teacher, 26(8), 696-702.
- Van der Kooy, E, Pezzella H, Carril A, Roldán R, Jorgensen N, Langsman M. El Costo Per Cápita del PMO fue de \$464.2016. Revista Médicos. 92:56-58. [http://www.revistamedicos.com.ar/numero92/informe\\_especial.htm](http://www.revistamedicos.com.ar/numero92/informe_especial.htm). (Revisado 29/9/2016).
- Wharton, A. S. (2009). The sociology of emotional labor. Annual review of sociology, 147-165. <http://www.jstor.org/stable/27800073>

**Agradecimientos:** Especial agradecimiento a los profesionales que me permitieron conocer muchos aspectos de su vida profesional durante la vorágine del trabajo. A mis ex compañeros de trabajo, los Dres. Eduardo Durante y Vilda Discacciati que desde la medicina me aportaron infinidad de información que me permitió integrar “los dos mundos”, así como los aportes de mi tutora Pamela Suzanne que me apoyó y sobre todo estimuló a llegar a esta instancia.

## 7. Anexos

### Anexo 1

#### Cuestionario de las entrevistas

Percepción de su identidad:

1. ¿Cómo se sienten acerca de su profesión, cómo se ven a sí mismos en comparación de los otros?
2. ¿Qué los motivó a hacer la carrera y que cambió en esa definición inicial y porqué?

Motivaciones

1. ¿Qué opinión le merece los cambios que fue sufriendo su carrera y qué motivaciones tuvo para cambiar el rumbo.
2. ¿Quién o qué influyo para ser lo que es hoy?
3. ¿Esas motivaciones se fueron dando o usted planificó esos cambios?
4. ¿Cuáles son los hitos de lo que es hoy?
5. ¿Cómo cambio su entorno en la medida que fue pasando el tiempo?
6. ¿Qué organizaciones fueron moldeando su quehacer?
7. ¿Cómo fue cambiando su relación con sus pacientes y sus familias y colaboradores en su lugar de trabajo?
8. ¿Cómo describe el rol presente y el pasado de su trabajo?
9. ¿Puede explicar con un ejemplo cotidiano cómo era su trabajo antes y ahora?
10. ¿Cómo influyeron las reglamentaciones de su organización y del Estado en su trabajo cotidiano?
11. ¿Podría explicar con un ejemplo acerca de cómo es hoy su relación con sus pacientes?,
12. ¿Cambió su relación con los pacientes?, ¿cómo era antes y ahora?
13. ¿Cómo se actualiza con los cambios de conocimiento?
14. ¿Cambió su remuneración? ¿Cómo influyó en su trabajo?
15. Si tiene dudas con un paciente, ¿se siente solo o acompañado en relación con las decisiones que toma con sus pacientes?