

Blanch, J.M.; Ochoa, P.J. & Sahagún, M.A (2012). Resignificación del trabajo y de la profesión médica bajo la nueva gestión sanitaria. In Ansoleaga, E.; Artaza, O. & Suárez, J. (Eds.). *Personas que cuidan Personas: Dimensión Humana y Trabajo en Salud* (165-175). Santiago de Chile: OPS/OMS - Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. ISBN 978-92-75-31695-5.

El trabajo constituye una categoría central de la experiencia humana personal y social, una actividad que trasciende el estricto ámbito de la economía cumpliendo una doble función: instrumental, en tanto que modo de provisión de los medios objetivamente necesarios para la supervivencia material, y expresiva, como fuente de recursos subjetivos requeridos para el desarrollo psicosocial, político y cultural. Esta segunda faceta resulta especialmente relevante en profesiones de servicios humanos como la médica, que comporta una intensa interacción con las personas atendidas, centrada en asuntos tan relevantes para ellas como su salud y su misma vida.

La calidad de esta interacción, sus resultados y la vivencia de la misma por sus protagonistas depende en parte de las características del escenario material, técnico, social y organizacional en que se desarrolla y también de un sistema de códigos y significados que la configuran. La dimensión objetiva (las condiciones del trabajo médico) y la subjetiva (la compleja trama de significados, valores, creencias, actitudes y modelos de acción referidos a la praxis de la medicina y a la profesión médica) son interdependientes y evolucionan a lo largo del tiempo unas veces en paralelo y otras en tensión.

Los contextos de transformación histórica como el que actualmente atraviesa el sector de la salud están dominados por un alto grado de incertidumbre, que funciona como fuente inagotable de preguntas sobre lo que significan en las presentes circunstancias el trabajo médico y la profesión médica.

Este capítulo trata sobre implicaciones semánticas del nuevo escenario empresarial del trabajo médico. Para ello describe y sistematiza algunas transformaciones actuales del entorno organizacional en que se desarrolla la praxis médica y el proceso por medio del cual los cambios en las condiciones de trabajo y en los nuevos modelos de gestión del sector sanitario repercuten en los modos de significación del trabajo médico. Y, más específicamente, resume aspectos centrales de la reflexión contemporánea sobre los modos ideales de ser, de estar y de actuar de los profesionales de la medicina, tarea que se condensa y refleja en el vivo debate actual sobre el *profesionalismo médico*.

### **Metamorfosis del escenario del trabajo médico**

En el transcurso de los últimos decenios, de la mano de la globalización, el postfordismo y la innovación tecnológica en los campos de la información y de la comunicación, se ha instaurado un nuevo modelo de desarrollo socioeconómico hipercapitalista, encauzado por la hegemonía ideológica y política del neoliberalismo. En el contexto de esta mega tendencia en el plano macro socioeconómico, se ha

desarrollado una reestructuración flexible de cualquier tipo de entorno de trabajo en forma de desregulación e individualización de las relaciones laborales y de redefinición de la misma cultura de las organizaciones laborales, adoptando como base de referencia el modelo de la empresa mercantil (1-8).

Estas transformaciones generales han ido adoptando una configuración específica en los servicios humanos (*human services*), bajo el imperio de la *Nueva Gestión Pública*. Esta tendencia –el *New Public Management*– remite a un repertorio de prácticas organizacionales que fueron diseñadas como correctivo y alternativa del viejo modelo *militar-burocrático* de organización de los servicios públicos, caracterizado, desde la óptica neoliberal, por su *ineficiencia, incompetencia, inoperancia, obsolescencia, rigidez, insostenibilidad* e incluso *corruptibilidad*. Tales etiquetas describen con tintes realistas la realidad de los sistemas públicos de la salud que aún perviven en no pocos países del mundo en general y de América Latina en particular, donde a las deficiencias en cuanto a organización, funcionamiento y calidad del sistema sanitario se añade la problemática de las desigualdades sociales ante la salud. En algunos otros, en cambio, estas críticas aparecen más bien como parte de la retórica ideológica puesta en escena en el necesario debate político sobre la gestión de la salud en el siglo XXI. La *Nueva Gestión* propone como *solución* de los *problemas* que señala la puesta de los servicios públicos en manos del mercado, de la empresa privada y de la gerencia *profesional*. Esta dinámica de cambio general fue presentada desde un principio como una necesaria tarea *modernizadora* entre cuyas metas operativas destacan la *profesionalización* y la *desburocratización* de la gestión, el estricto control de gastos, orientado a su vez a la prevención del déficit financiero mediante incentivación de la eficiencia, la productividad, la competitividad y la rentabilidad; la aplicación de indicadores de coste-beneficio, la planificación estratégica, la evaluación por competencias y resultados, la apuesta por la innovación tecnológica y por el fomento de *virtudes empresariales* como la responsabilidad (*responsiveness*) por el propio trabajo, el compromiso de dar cuenta del mismo (*accountability*) y el emprendimiento. Sobre estas bases, la *entrepreneurship policy* es presentada como garantía de la máxima *calidad, gobernanza y excelencia* (9). Con estas credenciales, la *Nueva Gestión Pública* se ha ido imponiendo teóricamente como el único camino necesario, posible y viable. Su implantación práctica adopta diversos formatos y se aplica en distintos grados de intensidad y con desigual eficacia a escala global (10-17). Su impronta late y se manifiesta en la reforma de los sistemas sanitarios y de los servicios de salud, pertenecientes tanto al sector público como al privado, en los más diversos entornos (18-26).

Todo ello comporta no solo una transformación del escenario del trabajo médico, sino también del guión de la relación asistencial, así como de las identidades profesionales, de las funciones de las instituciones y de los roles tradicionalmente desempeñados por los actores implicados en la misma: la organización prestadora del servicio, sin dejar de ser una entidad sanitaria, adquiere el estatus de empresa del mercado en la cual el ejercicio de la medicina está sometido a la presión de los intereses de las corporaciones farmacéuticas, de las multinacionales de los seguros de vida y de salud y de la junta de accionistas de la propia institución. En tal contexto, la relación asistencial llega a tener algo de intercambio comercial; de modo que la interacción *profesional-paciente* se impregna de connotaciones de compraventa de un servicio en la que la persona paciente puede adoptar una actitud asertiva y exigente, reforzada por la conciencia de sus “derechos” como *cliente* y alimentada por la abundante y gratuita información que le proporciona *google* sobre *su cuadro clínico, sus causas y sus soluciones* (27-30).

Esta mercantilización del trabajo médico ha sido considerada un factor de *ruptura de la promesa de la American Medicine*, que erosiona la ética de los profesionales que la practican, generando en ellos conflictos culturales, al convertirlos en protagonistas de una *Big Business and Bad Medicine*, por causa del *asalto corporativo a la salud global*, que convierte a la población asistida no necesariamente en más sana, sino más bien en *Overdosed* (18, 27, 29, 31).

En suma, y en términos generales, el nuevo capitalismo constituye no solo un nuevo escenario objetivo de condiciones de trabajo, sino también un nuevo mapa significativo del entorno laboral (32); esto es, un nuevo *espíritu* (33, 34) un nuevo *discurso* (35, 36) y un nuevo marco de referencia cultural (1, 8). Este es, pues, el nuevo paradigma en el seno del cual se van configurando el nuevo significado del trabajo médico y el nuevo sentido de la profesión médica. En este contexto, la gerencialización de la asistencia sanitaria comporta una transformación, a veces tensa y conflictiva, de aspectos relevantes de las condiciones de trabajo y de la cultura organizacional, de los valores, la ética y la deontología del personal médico implicado. En este nuevo escenario, muchos profesionales de la medicina reciben demandas contradictorias por su doble rol como empleados de una empresa de mercado implantada en el negocio de la salud y como empleados en un oficio de servicio a la comunidad que conlleva un marcado espíritu humanista. Todo ello les plantea implícitamente la cuestión concreta de cómo desarrollar un servicio público con mentalidad de empresa privada, atendiendo al bien común con criterios de beneficio particular, sirviendo al tiempo a la salud pública y al negocio privado.

En este marco de referencia, tiene sentido preguntarse por cómo los profesionales de la medicina (re)construyen el significado de su trabajo y el sentido de su profesión y, más específicamente, por cómo relacionan el *profesionalismo* médico con el *new look* empresarial de la organización y gestión de su trabajo. Los supuestos básicos sobre los que se fundamentan estas preguntas remiten a un conjunto articulado de *background assumptions* que constituyen un patrimonio teórico compartido por las ciencias del trabajo: a) Las condiciones trabajo influyen en modo como personas significan, perciben, valoran, sienten y viven su experiencia laboral. b) Los significados que las personas dan a su trabajo en cada contexto socio histórico particular influyen en la manera cómo lo viven y en las relaciones que establecen a través del mismo. c) Los cambios en estas condiciones comportan cambios en los significados y sentidos de la experiencia laboral y profesional. d) La metamorfosis contemporánea del escenario de la práctica médica deriva principalmente del orden impuesto por la nueva gestión de los servicios sanitarios; la cual, a su vez, refleja y reproduce un cambio de paradigma productivo y organizacional, impulsado por mega tendencias que se desarrollan en los planos macro social, económico, ideológico, político y cultural. e) Los procesos de transformación histórica suelen estar impregnados de tensiones, conflictos y contradicciones entre los imperativos funcionales del sistema en construcción y los valores, normas, creencias, roles y patrones morales de comportamiento característicos del orden preexistente, con el que suele acabar fundiéndose en una nueva síntesis. f) El nuevo entorno de la subjetivación de la función sanitaria es la matriz de procesos de resignificación del trabajo y de la profesionalidad médica; esto es, en la manera como los profesionales de la medicina significan, valoran y dan sentido a su actividad.

Este enfoque pone de manifiesto la urgencia de un estudio de la dinámica por la cual el nuevo orden sanitario constituye la matriz de procesos de resignificación del trabajo en medicina y de revisión del profesionalismo médico.

## **Significado del trabajo y profesionalismo médico**

### **Aproximación teórica**

Conocer lo que significa trabajar para la gente da una idea no solo del valor que le da a su actividad laboral y del papel que esta juega en su vida, sino también de aquello que la motiva a desarrollarla, de las fuentes de su compromiso con la organización, de su rendimiento profesional, de aquello que la satisface en el trabajo y en definitiva de su calidad de vida en general y de la laboral en particular. A finales del siglo XX, las ciencias del trabajo trataron de elaborar una teoría general sobre el significado y las funciones del trabajo en la vida humana individual y social. Esta síntesis provisional de una amalgama de constataciones empíricas acumuladas en plena era fordista adquirió la apariencia de una síntesis universal, permanente y transcultural. En este marco, llegó a convertirse en un tópico incuestionado de la psicología del trabajo el de que las personas empleadas tienden a sentirse bien por el hecho de trabajar (*working*), independientemente del grado de satisfacción que experimenten por sus puestos de trabajo (*jobs*) concretos; lo cual fue interpretado comúnmente como un indicador de la importancia del trabajo para ellas.

Se distingue una doble dimensión social e individual del significado del trabajo: La social-cultural tiene que ver con la representación colectiva del lugar que ocupa y del papel que desempeña el trabajo en la vida de las personas, con la conciencia compartida de su valor y de su sentido en la vida. La dimensión personal se vincula con las necesidades, aspiraciones, expectativas, valores, actitudes y proyectos (personales y profesionales) de los individuos.

Entre los numerosos estudios empíricos culminados en los años 80 sobre lo que significa *trabajar* para la gente común, destaca el macro informe *The Meaning of Working*, del equipo MOW (37, 38), elaborado a partir de una investigación transcultural. El equipo MOW concibió el *significado del trabajar* como un *constructo multidimensional* integrado por tres ejes semánticos principales: (a) *centralidad del trabajo* (importancia y valoración del trabajar como rol vital), (b) *normas sociales sobre el trabajar* (vinculadas al desempeño del *rol laboral*) y (c) *resultados* valorados del trabajar y *metas* laborales preferidas. Estos ejes fueron considerados el núcleo de la *personalidad laboral*.

En este informe, el *índice de centralidad del trabajo* integró una doble medida: la *centralidad relativa* (comparación del valor dado al trabajo con el que se da a otros ámbitos de la vida cotidiana, como familia, ocio, religión y comunidad) y la *centralidad absoluta* (valoración de la importancia del trabajo en la propia vida en una escala de siete puntos). Por su parte, las *normas sociales sobre trabajar* también incluyeron una doble valoración: lo que una persona puede y merece exigir a la sociedad y a su empresa en tanto que trabajadora (*derecho al trabajo*) y la contrapartida de lo que aquellas pueden exigirle a esta (*deber de trabajar*). Finalmente, los *resultados valorados* fueron concebidos como aquello por lo que las personas trabajan (remuneración, autoexpresión, reconocimiento social, contactos interpersonales, etc.); mientras que por

*metas laborales preferidas* se entendió aquello que se aprecia más en un trabajo (autonomía, interés de la tarea, horario, clima social, nivel salarial, oportunidades de aprendizaje o de promoción, etc.).

El informe MOW destacó la notable *centralidad del trabajo* en todas las categorías de edad, sexo y país, así como una notable variabilidad interindividual, internacional e interprofesional en las respuestas a los indicadores de las diversas dimensiones del MOW. A ese respecto, el conjunto de la literatura posterior sobre el tema converge en torno a la idea de que el significado y la función psicosociales del trabajar varían según características de personalidad y contextos históricos, socioculturales, organizacionales y profesionales, al tiempo que discute acerca de lo que este significado encierra de estable y de cambiante y también sobre el modo cómo en cada situación específica se combinan conjuntos de significados heterogéneos e incluso contradictorios: necesidad y vocación, imposición y elección, medio de vida y de realización profesional, bendición y maldición, norma social y mercancía económica, valor instrumental y final, etc. (39-50).

Tales supuestos invitan a preguntarse si significa lo mismo *trabajar* realizando profesionalmente una tarea con disposición de las competencias personales y profesionales y de los medios organizacionales, temporales, materiales y técnicos necesarios para ejecutarla con eficacia, además de los adecuados dispositivos de prevención de riesgos laborales y de un salario y de un contrato laboral dignos, que llevarla a cabo en condiciones de presión temporal, de insuficiencia de recursos organizacionales, materiales técnicos e instrumentales, de alto riesgo para la salud o la integridad física y de miseria salarial y contractual.

Wilpert sostiene que el impacto de la globalización en la naturaleza, procesos, demanda, experiencias y relaciones del trabajo se hace también visible en forma de cambio en el mismo significado del trabajo. En este sentido cabe suponer que los profundos cambios contemporáneos en las condiciones de desarrollo del trabajo médico están a su vez influyendo en una reestructuración del significado del trabajo médico (32).

La dimensión del significado del trabajo que el estudio MOW reserva para las *normas sociales sobre el trabajar* tiene estrecha relación con el *profesionalismo* (*professionalism*), que remite al *espíritu de la profesión*; esto es, a un conjunto de valores, creencias, representaciones, actitudes, prácticas y comportamientos, socialmente establecidos para la misma (37).

El *Diccionario* de la Real Academia de la Lengua Española define la *profesión* como el *empleo, facultad u oficio que una persona tiene y ejerce con derecho a retribución*. En este contexto, *profesional* es aquella persona que ejerce y desempeña una profesión con un estilo y dominio del oficio que la distingue de quien la practica como aficionada o amateur. Su *profesionalidad* consiste en su *calidad* (como) *profesional*. Como agrupación de profesionales de que practican un mismo oficio, la profesión es también una *comunidad moral*; esto es, una forma histórica de organización social corporativa, con sus correspondientes dispositivos de socialización y de regulación.

En tal escenario, el *profesionalismo* médico aparece como el *espíritu* y la *actitud* que inducen a *actuar profesionalmente* en el ejercicio del oficio, de acuerdo con parámetros técnicos, éticos y deontológicos propios y característicos de la misma profesión. Su

núcleo está constituido por el conjunto de principios y valores que orientan el ejercicio de los miembros de la profesión médica, encauzándolo hacia el logro de sus objetivos profesionales de servicio a los pacientes y a la comunidad, en el marco de un contrato de colaboración con la sociedad. Las pautas del profesionalismo médico abarcan un campo tan amplio de patrones de comportamiento que se extiende desde la mera apariencia física (como la vestimenta) hasta los valores morales implicados en la praxis profesional. El profesionalismo suele manifestarse a través de rasgos positivos y ocasionalmente cuando brilla por su ausencia.

En los últimos lustros, el *profesionalismo médico* aparece como un motivo de especial y creciente interés, lo que se pone de manifiesto en los miles artículos sobre el tópico incluidos en *Medline*. Se habla, publica y discute del tema -en el mundo globalizado y en América Latina en particular- en el contexto de la permanente reflexión sobre temas tan diversos como las *metas de la medicina*, la *enseñanza* y la *evaluación de la profesión médica*, la *revolución biomédica*, el impacto de las *innovaciones tecnológicas* en la práctica de la medicina, las implicaciones profesionales de los *éxitos diagnósticos y terapéuticos* y de las consiguientes *expectativas* que generan en los pacientes y en la sociedad, relaciones de los profesionales de la medicina con las empresas farmacéuticas, el *consentimiento informado* de los pacientes, el *rendimiento de cuentas* a los pacientes y a la sociedad, los riesgos de *ruptura del contrato médico con la sociedad*, sobre la *crisis de la profesión*, los viejos y nuevos rasgos y perfiles profesionales en medicina (experticia y humanismo, empatía y competencia técnica, vocación de servicio, promesa y compromiso médico, amabilidad, honestidad, integridad moral, confiabilidad, compromiso, seriedad, puntualidad, confidencialidad, gestión de impresiones relacionadas con el lenguaje, la apariencia física y la vestimenta, modelos de relación asistencial mediados por ordenador, etc.), el *nuevo profesionalismo*, etc. (51-67).

## Estudio empírico

### Método

**Participantes.** Fueron encuestados 305 profesionales de la medicina empleados en hospitales y centros de salud de Brasil, Chile, Colombia, Venezuela y España, en el marco de una investigación sobre calidad de vida laboral en *servicios humanos*<sup>1</sup>. Se accedió a los mismos, entre 2009 y 2011, mediante un muestreo intencional y de conveniencia estratificado por cuotas de sexo, edad, tipo de contrato y de antigüedad en la profesión y en el centro y desempeño o no de roles directivos en la organización. Todas las personas participantes en el estudio fueron previamente informadas de los objetivos del mismo y aceptaron libremente participar en la investigación.

**Instrumento.** La encuesta incluyó entre otros bloques, la escala de *cultura de servicio* (4 ítems,  $a = .87$ ) y la de *cultura de negocio* en la organización (5 ítems,  $a = .79$ ), con idéntico formato Likert de respuesta de elección múltiple. La escala de *cultura de negocio* incluye los ítems *rentabilidad económica*, *competitividad*, *productividad*, *eficiencia* y *espíritu de negocio privado* y la de *cultura de servicio* incluye los de *calidad del servicio*, *bien común*, *calidad de vida laboral del personal empleado*, *ética de servicio público*. En ellas, se debe puntuar (en una escala de 0 a 10) la *influencia de*

---

<sup>1</sup> Proyectos SEJ2007-63686/PSIC y PSI2011-23705: IP JM Blanch

los siguientes valores en la política organizativa del propio centro de trabajo (0=mínima influencia; 10=máxima influencia).

Como indicador de *significado del trabajo* se utilizó un ítem de la encuesta en el que se invitó a las personas a escribir 4 *palabras clave* que definieran su actual experiencia de trabajo. Y para estudiar aspectos relacionados con el *profesionalismo*, su evolución y sus eventuales aspectos de crisis, se preguntó, en una serie de ítems abiertos, por *lo mejor y lo peor* de la actual experiencia laboral y también por *lo que va mejorando y lo que va empeorando* en las propias *condiciones de trabajo* (*materiales, técnicas, financieras, contractuales, salariales, temporales, etc.*), así como en el *ambiente social de trabajo* (*relaciones con colegas, con dirección, con personas usuarias del servicio, etc.*), y por *alguna cosa buena que se va perdiendo* y por *alguna cosa mala que va desapareciendo* en el propio entorno laboral. También se preguntó si los actuales cambios en la organización del trabajo en el centro afectaban la propia *identidad como profesional* y la propia *identificación personal con la organización* y si tales cambios generaban *tensiones entre su propio modelo de profesional y el modelo de profesional que actualmente le demandaba su organización*.

**Procedimiento.** Para el análisis de los datos cuantitativos se recurre a técnicas elementales de la estadística descriptiva. Y para el de los cualitativos (centrales en este informe), se recurre a un doble análisis: *textual* y *de correspondencias* (técnica estadística que se utiliza para analizar las relaciones de dependencia e independencia de un conjunto de variables categóricas a partir de los datos de una tabla de contingencia). En el bloque correspondiente a resultados, se da cuenta de algunos detalles procedimentales de su aplicación.

## Resultados

### Significado del trabajo médico

En este apartado se resumen algunos datos generales del análisis *textual* de las respuestas al ítem de las *palabras clave* y de un *análisis de correspondencias* de estas respuestas *palabras clave* con las categorías de respuesta a la siguiente pregunta abierta del cuestionario: “*Sobre su carga de trabajo y su tiempo para realizarla... ¿le basta, le sobra o le falta tiempo para realizar su trabajo?*”.

Para el análisis textual de las formas léxicas asociadas a la propia experiencia de *trabajo*, se procedió a un *análisis temático* del *corpus* de los datos recolectados combinando secuencialmente los procedimientos *inductivo* (*bottom up way*: clasificación de datos sin ajustarlos a marcos de codificación preexistentes) y *deductivo*, o *top down way*: recodificación en función de un marco de referencia teórico (68, 69). El resultado de este proceso fue un *diccionario* construido a partir de todas las palabras originales de la encuesta, que fue organizado en función de una perspectiva teórica facilitadora del análisis y la discusión de sus contenidos. Este referencial teórico se construyó tomando como base los modelos del *Burnout* (70-72) y de *Engagement* (73, 74), que permitieron establecer un eje dual bipolar conformado en un extremo por el polo negativo *malestar-burnout* y en el otro por el de *bienestar-engagement*.

En un primer nivel de codificación se construyeron los *códigos generales*, asociados al eje *malestar- bienestar*. Las categorías asociadas al polo *malestar* fueron *condiciones de trabajo negativas*, *malestar*, *agotamiento*, *cinismo* (actitud negativa hacia organización), *despersonalización* (trato negativo a las personas) e *ineficacia*. Por otra parte, las categorías asociadas al polo *bienestar* fueron *condiciones de trabajo positivas*, *bienestar*, *vigor*, *compromiso*, *buenas relaciones-personalización* y *eficacia*.

En un segundo nivel de categorización se diseñaron los *códigos específicos*, que incluyeron palabras que condensaron los grupos de significados organizados a partir de los términos originales. Esta lista incluye 25 códigos. 14 de ellos tienen connotaciones negativas: *sobrecarga*, *mala gestión*, *desorganización*, *mal ambiente* (social), *injusticia*, *trabajo inapropiado*, *falta de recursos*, *inestabilidad*, *insatisfacción*, *malestar*, *agotamiento*, *poco compromiso*, *despersonalización* e *ineficacia*. Otros 10 las tienen positivas: *buenas condiciones* (socio-económicas), *oportunidades*, *satisfacción*, *bienestar*, *fortalecimiento*, *compromiso*, *ética*, *buenas relaciones*, *realización*, *eficacia* y *competencias*. La categoría nº 25 agrupa un bajo porcentaje de *respuestas no específicas* (palabras de connotaciones neutras, que no encajan en el eje construido a partir del referencial teórico adoptado).

Sin entrar en detalles estadísticos, un primer análisis de frecuencias permite observar que dos tercios de las formas léxicas recolectadas se agrupan en el polo *bienestar-engagement* y el tercio restante en el correspondiente a *malestar-burnout*. Estos datos son consistentes con los obtenidos a partir de datos cuantitativos en los cuales las condiciones materiales, técnicas y sociales de trabajo fueron valoradas por profesionales de la salud latinoamericanos y españoles con puntuaciones que oscilaban entre el 6.5 y el 7.7 en escalas de 0 a 10 (75). En el polo *bienestar-engagement* se concentra buena parte de las palabras agrupadas en las categorías *eficacia* y *compromiso*, acompañadas de las referidas a *bienestar*, *buenas relaciones*, *buenas condiciones*. Por el lado opuesto,

en el polo *malestar-burnout* aparecen la mayoría de las formas léxicas vinculadas a la categoría *condiciones de trabajo negativas* (*sobrecarga, mala gestión, desorganización, mal ambiente, trabajo inapropiado, injusticia, inestabilidad y falta de recursos*). También forman parte de este patrón en menor proporción, los componentes *agotamiento, malestar, ineficacia, poco compromiso y despersonalización*.

Por otra parte, con el *análisis de correspondencias* de las *palabras clave* con las categorías de respuesta a la pregunta abierta del cuestionario sobre si la persona percibe que *le basta, le sobra o le falta tiempo para realizar su trabajo*, se explora la posible relación entre las variables *significado del trabajo y carga de trabajo*. De la información general obtenida, despojada de detalles estadísticos, se desprenden los siguientes elementos:

El grupo de profesionales que declara que *le falta tiempo para su trabajo* asocia su experiencia laboral a palabras agrupadas en factores estrechamente asociados al eje *malestar- burnout*. Entre ellas figuran en primer lugar un bloque conformado por términos como *frustración, tristeza, impotencia, resignación, conformidad, confusión, pésimo, miedo, amenaza, consuelo, problemas, enfermedad*. Junto a este bloque, aparece otro referido a falta de recursos, que incluye palabras y expresiones como *limitación, mala retribución, baja remuneración, pobreza y bajo reconocimiento*. Y otro más estrechamente relacionado con la experiencia del burnout, incluyendo términos y expresiones como *agotamiento, burnout, desgaste emocional, ansiedad y preocupación*. En este polo aparecen también con escasa frecuencia algunas otras formas léxicas como *oportunidades y fortalecimiento* cuyo encaje teórico en el polo negativo resulta más difícilmente defendible. Estos resultados coinciden en términos generales con las predicciones de las teorías del *burnout*, así como con los modelos explicativos de los mecanismos de su producción, como el *The Job Demands-Resources* (71, 76). Desde esta perspectiva, la *falta del recurso tiempo* constituye un *factor de riesgo psicosocial* del *síndrome de quemarse por el trabajo* y ciertamente de malestar laboral.

Por el contrario, el colectivo de profesionales de la medicina que declara que *no le falta tiempo para hacer su trabajo*, se divide en dos subgrupos. Uno de ellos, tiende a representar su experiencia de trabajo en términos negativos, como *aburrimiento, inercia, monotonía, desafección, desmotivación, egoísmo, conveniencia, individualidad, poca estimulación*. El otro grupo asocia su trabajo a aspectos del eje bienestar como *buenas condiciones, reconocimiento, remuneración, seguridad, autonomía, ética, organización, flexibilidad, honestidad y moralidad*. Si bien las respuestas de este segundo subgrupo encajan con el marco teórico asumido, las del primero merecen un estudio más profundo de los contextos de realización de un trabajo valorado negativamente.

En cuanto a la vivencia del profesionalismo, en un primer análisis descriptivo, aparecen una serie de categorías de respuesta, que se extienden por un continuo bipolar:

a) Por el lado negativo, ante las deficiencias o el deterioro percibidos en aspectos relacionados con las condiciones materiales o sociales de trabajo, salen a relucir múltiples expresiones de impotencia (“*no tener...*”, “*no poder...*”, “*no poder ser...*”) y de frustración por “*no poder desempeñar el acto médico como quisiera*” (médica venezolana). “*La atención humanizada, de esa no hay, en las personas es donde menos*

*se invierte y a las que más obstáculos se les ponen (...). Estoy tratando de que se trabaje por los derechos de los pacientes y es una cosa que no se ha podido lograr..."* (médica colombiana). *"Falta de respeto con la figura del médico... ausencia de relaciones con el equipo de trabajo... desencanto profesional con el área intrahospitalaria de atención al paciente"* (médica brasilera). *"Me obligan a veces a hacer cosas que no debería hacer como profesional"* (médica chilena) *"A veces siento que el objetivo es la producción en serie de consultas y olvidan que trabajamos con personas"* (médica chilena). *"Siempre soñé con trabajar solo en el hospital, dedicarme solamente a los pacientes de este sistema y no tener que trabajar en el extra sistema para tener que ganar más"*. (médico chileno). *"A veces me indigno un poco, ya que mis valores éticos me exigen dedicarme más a las personas y de manera distinta. Esto me crea un poco de tensión, ya que choca con mis valores morales"* (médica española).

En cuanto a las tendencias de cambio percibidas, se suele destacar un contraste entre connotaciones positivas del ser médico *antes* y rasgos de lo que significa serlo *ahora*: Del trabajo médico del ayer idealizado se subrayan atributos como *vocación, humanidad, dignidad, respeto, etc.* En contraste, del hoy saturado se destaca *"trabajo y más trabajo", "trabajar sin parar y cumplir las normas.", "cansancio", "lucha contra la adversidad", "supervivencia y vocación", "esfuerzo no remunerado", etc.* En esta misma línea, lo percibido como *"lo que empeora"* suele coincidir con *"lo peor"* del propio trabajo actual: *deficiencias y deterioro en cuanto a remuneración, reconocimiento, inseguridad (contractual).* (*"Antes...)* *la atención humanizada sí existía, la relación médico paciente era mucho más estrecha, se trataba a los pacientes como personas, porque había tiempo de saber quiénes eran (...)* *Ahora no, ahora los tiempos son muy cortos ... entonces lo que uno conoce del paciente es un síntoma, no la persona. A eso se refiere la atención humanizada: que uno pueda conocer la persona, la familia y todo lo demás"* (médica colombiana). *"(La falta de) trato humano... ahora la restricción en el tiempo de atención al paciente no permite darle un trato digno, sino que trabajamos como máquinas pendientes del reloj"* (médico colombiano).

b) Por el lado positivo, los profesionales encuestados relacionan *"lo mejor"* de su trabajo y de su oficio con aspectos intrínsecos de la propia experiencia laboral y profesional individual, más que con la dimensión social o pública de la práctica profesional de la medicina. Frente a las crecientes demandas de los sistemas de salud y de la nueva gestión del trabajo médico, los encuestados encuentran lo bueno y lo mejor de su trabajo en el sentimiento de realización y motivación que les produce el propio trabajo individualizado como profesionales de la medicina: la *"esperanza de salvar vidas"* y de *"aliviar el sufrimiento humano"*, la *"satisfacción por la labor realizada"*, la *"excelencia en la calidad de atención"*, el carácter auto refuerzo positivo que conlleva el mismo *"ejercicio profesional", etc.*

De los esfuerzos cognitivos y emocionales que deben estar realizando los profesionales encuestados para reducir las tensiones que parecen experimentar en su *profesionalismo*, por sus adhesiones a sistemas de valores en parte contrapuestos, dan una idea los siguientes datos correspondientes a algunas escalas del cuestionario: La media total de las puntuaciones en la escala de *cultura de servicio* fue de 6,21 (con desviación de 1,82); mientras que en la de *cultura de negocio* la media fue de 6,28 (con desviación de 1,75). La obtención de puntuaciones tan similares en valores de signo tan dispar indica los esfuerzos individuales e institucionales (de orden cognitivo y práctico) que supone

el tratar de armonizar en la práctica profesional cotidiana las demandas difícilmente conciliables de ambos sistemas de valores.

## **Conclusiones**

Las (nuevas) condiciones del trabajo influyen en los significados que el personal médico da a su trabajo y en su vivencia profesional. En general, los participantes en la investigación se refieren a su trabajo y a su profesionalismo en términos positivos; lo que no resta relevancia a la (tercera) parte de los mismos que las relata en términos negativos. La sobredemanda de trabajo y la precarización de las condiciones contractuales aparecen como factores relevantes del sesgo negativo que este segmento del personal encuestado da a su trabajo y a su profesión.

Las respuestas textuales indican algunos encuestados viven la crisis del profesionalismo médico como efecto de unas deficientes condiciones de trabajo y de estabilidad contractual, que focalizan parte de sus preocupaciones laborales y profesionales, las cuales se distraen así del foco de la *relación asistencial con el paciente*, que sigue siendo considerada el centro de gravedad del profesionalismo.

El nuevo entorno gerencial de las organizaciones sanitarias expone además a los profesionales de la medicina a un conflicto entre dos culturas que tienen interiorizadas - la de servicio público y la de negocio privado-. Esta tensión interna en busca permanente del equilibrio entre contrarios emerge, a su vez, como un nuevo y potente factor de estrés psicosocial.

## Referencias

1. Bauman Z. *Tiempos líquidos: vivir en una época de incertidumbre*. Barcelona: Tusquets, 2007.
2. Beck U. *La política económica de la inseguridad*. El País. 2012 Mayo 27.
3. Blanch JM. *Trabajar y Bienestar*. En: Blanch, Martín, Gala, Espuny. *Teorías de las Relaciones Laborales*. Barcelona: FUOC. (e. p); 2012. pp. 3-99.
4. Blanch JM. *Condiciones de Trabajo y Riesgos Psicosociales bajo la Nueva Gestión. Formación Continuada a Distancia*. FOCAD. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España. 2011: 1-33.
5. Castells M. *La Era de la Información. Vol.1 La Sociedad Red (2.ª ed. rev.)*. Madrid: Alianza; 2000.
6. Castel R. *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires: F.C.E; 2010.
7. Sennett R. *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama; 2000.
8. Sennett R. *La cultura del nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama; 2006.
9. Hart D M. *The Emergence of Entrepreneurship Policy: Governance, Start-Ups, and Growth in the U.S. Knowledge Economy*. Cambridge University Press: Cambridge; 2003.
10. Arellano D. *Coord. Más allá de la reinención del gobierno: fundamentos de la nueva gestión pública y presupuestos por resultados en América Latina*. México: Porrúa; 2004.
11. Barzelay M. *La nueva gestión pública. Un acercamiento a la investigación y al debate de las políticas*. México: Fondo de Cultura Económica; 2005.
12. Christensen T, Lægreid P. Editores. *New Public Management. The Transformation of Ideas and Practice*. Aldershot: Ashgate; 2001.
13. Christensen T, Lægreid P. *Reformas post nueva gestión pública. Tendencias empíricas y retos académicos*. *Gestión y Política Pública*. 2007; 16(2):539-564.
14. OECD. *Modernising Government. The Way Forward*. París: OECD; 2005.
15. Olías de Lima B. *La nueva gestión pública*. Madrid: Prentice Hall; 2001.
16. Pillay S. *A cultural ecology of New Public Management*. *Int Rev Adm Sci*. 2008; 74(3): 37.
17. Pollitt C. *The New Public Management: An Overview of Its Current Status*. *Administration and Public Management Review*. 2007; 8: 110-115.
18. Barlett D L, Steele JB. *Critical Condition: How Health Care in America Became Big Business and Bad Medicine*. New York: Doubleday; 2004.
19. Berridge V, Loughlin K. *Medicine, the Market & Mass Media: Producing Health in the 20th C*. New York: Routledge; 2004.
20. Blanch JM, Stecher A. *La empresarización de servicios públicos y sus efectos colaterales*. En: Wittke, Melogno, comps. *Psicología y organización del Trabajo. Producción de subjetividad en la organización del trabajo*. Montevideo: Psicolibros; 2009. pp.191-209
21. Blanch JM, Cantera L. *La nueva gestión pública de universidades y hospitales. Aplicaciones e implicaciones*. En: Alvaro, Agulló, Garrido, Medina, Schweiger, Editores. *Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad*. Oviedo: Ediuño; 2012. pp. 515-534.
22. Homedes N, Ugalde A. *Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina*. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(3): 202-209.

23. Navarro V. The inhuman State of US Health Care. *Monthly Review*. 2003; 55 (4): 1-7.
24. Spicer A, Flemming P. Intervening in the Inevitable: Contesting Globalization in a Public Sector Organization. *Organization*. 2007; 14(4): 517-541.
25. Ugalde A, Homedes N. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(3): 210-220.
26. WHO. *The World Health Report - Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: World Health Organization Press; 2010.
27. Abramson J. *Overdosed America: The Broken Promise of American Medicine*. New York: Harper Collins; 2004.
28. Angell M. *The Truth about the Drug Companies: How they deceive us and What to Do about It*. New York: Random House; 2004.
29. Fort M, Mercer MA, Gish O. Editores. *Sickness & Wealth: The Corporate Assault on Global Health*. Cambridge, MA: South End; 2005.
30. Kassirer JP. *On the Take: How Medicine's Complicity with Big Business Can Endanger Your Health*. New York: Oxford; 2004.
31. Greenberg D.S. *Science, Money, & Politics: Political Triumph & Ethical Erosion*. Chicago: University of Chicago Press; 2003.
32. Wilpert B. Impact of globalization on human work. *Safety Science*. 2009; 47: 727–732.
33. Boltanski L, Chiapello E. *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid: Akal; 2002
34. Boltanski L, Chiapello E. The new spirit of capitalism. *International Journal of Politics, Culture and Societies*. 2005; 18:161-188.
35. Fairclough N. Language in New Capitalism. *Discourse & Society*. 2002; 13(2):163-166.
36. Fernández CJ. *El Discurso del Management: Tiempo y narración*. Madrid: CIS; 2007
37. MOW. International Research Group. *The Meaning of Working*. London: Academic Press; 1987.
38. MOW. International Research Group. The meaning of work. *European Work and Organization Psychologist*. 1991; I (2/3): Número monográfico.
39. Ardichvili A. The Relationship Between Meaning of Working and Socioeconomic Transformations: The Case of Post-Communist Russia. *Advances in Developing Human Resources*. 2009; 11(2): 218-235
40. Ardichvili A, Kuchinke KP. International Perspectives on the Meanings of Work and Working: Current Research and Theory. *Advances in Developing Human Resources*. 2009; 11(2):155-167
41. Blanch JM. El Trabajo como valor en las sociedades humanas. En: Garrido. *Coord. Sociopsicología del Trabajo*. Barcelona: Editorial UOC; 2006. pp. 57-98.
42. Cartwright S, Holmes N. The meaning of work: The challenge of regaining employee engagement and reducing cynicism. *Human Resource Management Review*. 2006; 16(2):199-208.
43. De la Garza E. *Hacia un concepto ampliado de trabajo*. México. D.F: Anthropos; 2010
44. Díaz X, Godoy L, Stecher A. Significados del trabajo, identidad y ciudadanía: La experiencia de hombres y mujeres en un mercado laboral flexible. Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer; 2005.
45. Goulart PM. O significado do trabalho: delimitações teóricas (1955-2006). *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 2009; 12 (1):47-55.

46. Kuchinke KP. Changing Meanings of Work in Germany, Korea, and the United States in Historical Perspectives. *Advances in Developing Human Resources*. 2009; 11(2): 168-188.
47. Kuchinke KP, Cornachione EB, Oh SY, Kang H. All work and no play? The meaning of work and work stress of mid-level managers in the United States, Brazil, and Korea. *Human Resource Development International*. 2010; 13(4): 393-408.
48. Ochoa P. Significado del trabajo en mineros venezolanos, ¿reflejo del empleo en vías de extinción? *Revista Gaceta Laboral*. 2012; 18(1):35 -56.
49. Quintanilla SAR, Wilpert B. Are work meanings changing? *The European Work and Organizational Psychologist*. 1991; 1: 91-109.
50. Tolfo S, Chalfin M, Baasch D, Soares J. Sentidos y significados del trabajo: un análisis con base en diferentes perspectivas teórico-epistemológicas en Psicología. *Universitas Psychologica*. 2011; 10(1): 175-188.
51. Evetts J. The Sociological Analysis of Professionalism. *Occupational Change in the Modern World*. *International Sociology*. 2003; 18:395-415.
52. Fasce E, Echeverría M, Matus O, Ortiz L, Palacios S, Soto A. Atributos del profesionalismo estimados por estudiantes de medicina y médicos. Análisis mediante el modelo de disponibilidad léxica. *Rev Med Chile*. 2009; 137: 746-752
53. Horwitz N. El cambio en la práctica médica. Desafíos psicosociales para la profesión. *Rev Med Chile*. 2004; 132:768-772.
54. Horwitz N. El sentido social del profesionalismo médico. *Rev Med Chile*. 2006; 134(4):520-524.
55. Jiménez JP. Estrategias de los médicos para hacer frente a la crisis de la profesión. *Rev Med Chile*. 2005; 133(6):707-712
56. Jovell A, Navarro MD. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Barcelona: Fundación Alternativas; 2006.
57. Lynch D, Surdyk P, Eiser A. Assessing professionalism: a review of the literature. *Medical Teaching*. 2004; 26: 366 –373.
58. Marsiglia I. Impacto de la tecnología sobre la historia clínica y la relación médico-paciente. *Gaceta Médica de Caracas*. 2006; 14: 183-189.
59. Oriol-Bosch A, Pardell H. Editores. La profesión médica. Retos del milenio. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004.
60. Pardell H. Editor. El médico del futuro. Barcelona: Fundación Educación Médica; 2009
61. Ortega D, García C, Biagini L. Profesionalismo: una forma de relación entre médicos, pacientes y sociedad. *Revista Chilena de Radiología*. 2006; 12, (1):33-40
62. Patiño J. El profesionalismo médico. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2004; 19(3)
63. Rodríguez JA. 2004. Redefiniendo la profesión: los médicos de Barcelona en el nuevo milenio. *Educación Médica*; 7(1): 2-8.
64. Rosselot E. Dimensiones del profesionalismo médico. Proyecciones para el siglo XXI. *Rev Med Chile*. 2006; 134: 657-664.
65. Toro A. Consideraciones acerca de las cualidades del buen médico y del profesionalismo en medicina. *Acta Médica Colombiana*. 2011; 36, (1): 45-50.
66. Veloski JJ, Fields S, Boex JR, Blank LL. Measuring Professionalism: A Review of Studies with Instruments Reported in the Literature between 1982 and 2002. *Academic Medicine*. 2005; 80 (4): 366–370.
67. Vukusich CA, Olivari PF, Alvarado AN, Burgos MG. Causas de la crisis de la profesión médica en Chile. *Rev Med Chile*. 2004; 132 (1):1425-1430.

68. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3 (2): 77-101.
69. Saldaña J. *The coding manual for qualitative researchers*. London: Sage; 2009
70. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Ann Rev Psychol*. 2001; 52: 397-422.
71. Gil-Monte P, Moreno B, editores. *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide; 2007
72. Salanova M, Llorens S. Current state of research on Burnout and future challenges. *Papeles del Psicólogo*. 2008; 29(1): 59-67.
73. Salanova M, editor. *Psicología de la Salud Ocupacional*. Madrid: Síntesis; 2009.
74. Salanova M, Schaufeli W. *El engagement en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza, 2009.
75. Ansoleaga E, Toro JP, Stecher A, Godoy L, Blanch JM. Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la región metropolitana. *Psycho physiological distress among health care professionals working in Chilean public hospitals*. *Rev Med Chile*. 2011; 139: 1185-1191.
76. Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*. 2007 Mar 4;22(3):309–28.