



Facultad de Humanidades
Instituto de Sociología
Carrera de Sociología

“La profesión médica a partir de la implementación de la Reforma
de Salud AUGE-GES en la Región de Valparaíso”

Memoria de Grado para optar al Grado de Licenciado en Sociología y
Título Profesional de Sociólogo

Fabián Andrés Moraga Cortés

Profesor Guía:
José Antonio Ávila Rodríguez

Agosto, 2014

AGRADECIMIENTOS

Especialmente a mi familia, porque sin quererlo promovieron en mí las interrogantes que gatillaron mi decisión de estudiar sociología. También por respaldar incondicionalmente esta opción, la cual a simple vista parecía un poco desatinada –en gran medida, aún lo parece-.

A mis amigos de la Universidad; Pedro, Juan Francisco, Paula y Diana, porque durante estos años de formación fuimos fraternos compañeros, tanto en lo académico como en lo personal.

A los profesores del Instituto de Sociología. Especialmente a mi profesor guía, Antonio Avila, por enseñarme el valor que tiene la autoformación en la disciplina sociológica.

A los académicos y funcionarias del Departamento de Salud Pública de la Universidad. Particularmente al Prof. Mario Parada, por haberme recibido con tanta hospitalidad en mi Práctica Profesional realizada ahí.

RESUMEN

Los actores involucrados en la implementación de la actual Reforma de Salud AUGE-GES han generado diversas estrategias para adaptarse a los cambios en la organización del sistema. El Objetivo General de la presente investigación es analizar la recomposición del Campo Profesional de los médicos, a partir de la implementación de la Reforma de Salud AUGE-GES en la Región de Valparaíso. Se aborda esta problemática desde la Sociología de las Profesiones, con una construcción teórica compuesta por tres niveles de analíticos. Un nivel macro social; la transformación neoliberal del Sistema de Salud chileno, un nivel intermedio; la teoría de los campos de Bourdieu, y un nivel micro-social; desde algunos puntos substanciales de la temática médica. La metodología se basó en un estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Como técnica de producción de datos se aplicaron entrevistas semi-estructuradas a 15 médicos, pertenecientes a algunos de los tres Servicios de Salud de la región. La información obtenida fue procesada mediante análisis de contenido, estableciendo categorías y subcategorías emergentes. El proceso investigativo permite concluir que la Reforma de Salud AUGE-GES ha mantenido la orientación neoliberal en el Sistema de Salud iniciada por las transformaciones de la dictadura. En este marco, los médicos han hecho un uso estratégico de las normas establecidas por la reforma, robusteciendo su mercado privado en función de los recursos públicos. Ello les ha brindado las oportunidades para reposicionarse dentro del Campo Profesional, profundizando su control y dominio sobre la asistencia sanitaria.

PALABRAS CLAVES: Reforma de Salud – Plan AUGE-GES – Campo Profesional.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1.- LOS MÉDICOS ANTE LAS TRANSFORMACIONES DE LA INSTITUCIONALIDAD SANITARIA.....	3
1.2.- GÉNESIS Y TRAMITACIÓN LEGISLATIVA DE LA REFORMA DE SALUD AUGE-GES	9
1.3.- EL MARCO INSTITUCIONAL DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.4.- DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA A INVESTIGAR	13
1.4.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
1.4.2.- OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.4.3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.4.4.- RELEVANCIAS DE LA INVESTIGACIÓN	14
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	15
2.1.- LA TRANSFORMACIÓN NEOLIBERAL DEL SISTEMA DE SALUD	15
2.2.- LOS APORTES DESDE LA TEORÍA DE PIERRE BOURDIEU.....	18
2.3.- LA SOCIOLOGÍA DE LAS PROFESIONES Y LA TEMÁTICA MÉDICA	20
2.3.1.- ORIGEN Y DESARROLLO TEÓRICO DE LAS PROFESIONES.....	20
2.3.2.- LAS PROFESIONES BAJO EL FUNCIONALISMO E INTERACCIONISMO	22
2.3.3.- COMPLEJIDAD Y ACCIÓN PROFESIONAL	24
2.3.4.- LAS PROFESIONES EN LAS RELACIONES DE PODER	26
2.3.5.- PRINCIPALES RASGOS DE LA MEDICINA MODERNA.....	29
2.3.6.- HEGEMONÍA, PODER Y DOMINIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA	32
2.3.7.- LOS MÉDICOS ANTE LAS REFORMAS AL SISTEMA DE SALUD	34
2.3.8.- LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	35
2.3.9.- EL CONTEXTO CHILENO DE LA PROFESIÓN MÉDICA	36
2.3.10.- LA PROFESIÓN MÉDICA POST REFORMA DE SALUD AUGE-GES	38
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	40
3.1.- TIPO DE ESTUDIO	40
3.2.- TIPO DE DISEÑO	40
3.3.- UNIVERSO Y MUESTRA	41
3.4.- TÉCNICA DE PRODUCCIÓN DE DATOS.....	42
3.5.- TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS.....	43
3.6.- CALIDAD DEL DISEÑO	44
3.7.- CONDICIONES ÉTICAS	44

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	46
4.1.- LOS ASPECTOS ESTRUCTURALES DEL CAMPO PROFESIONAL	46
4.1.1.- COMPARACIÓN ENTRE EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO DE SALUD	46
4.1.2.- CAMBIOS PRODUCIDOS POR EL AUGE-GES EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO.....	59
4.1.3.- CAMBIOS DEL AUGE-GES EN EL CAMPO PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS	65
4.2.- LAS PRÁCTICAS DESARROLLADAS EN EL CAMPO PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS	70
4.2.1.- LA CONFORMACIÓN DE SOCIEDADES MÉDICAS.....	71
4.2.2.- LAS EXTERNALIZACIONES DE PACIENTES GES A CLÍNICAS PRIVADAS	75
4.2.3.- EL TRABAJO COMO FUNCIONARIO EXTERNO POR EXTENSIÓN HORARIA	81
4.2.4.- REPERCUSIONES DE LA PRIVATIZACIÓN DE LA PROFESIÓN MÉDICA.....	83
4.2.5.- LA LÓGICA DE TRABAJO COLABORATIVA EN LA PROFESIÓN MÉDICA	87
4.2.6.- LA FLEXIBILIDAD DEL TRABAJO MÉDICO	92
4.3.- EL SENTIDO PRÁCTICO EN EL CAMPO PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS	94
4.3.1.- LAS MOTIVACIONES PROFESIONALES EN JUEGO	94
4.3.2.- LABORES DOCENTES	96
4.3.3.- EL SENTIDO PÚBLICO EN LA MEDICINA.....	98
4.3.4.- DILEMAS ÉTICOS	100
CONCLUSIÓN.....	103
REFERENCIAS.....	108
ANEXOS.....	118

SIGLAS

AMECH: Asociación Médica de Chile

ALAMES: Asociación Latinoamericana de Medicina Social

AUGE: Acceso Universal con Garantías Explícitas

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

BM: Banco Mundial

CENABAST: Central Nacional de Abastecimiento

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIEPLAN: Corporación de Estudios para Latinoamérica

CLACSO: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales

GES: Garantías Explícitas en Salud

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional

ISP: Instituto de Salud Pública

MINSAL: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

SEREMI: Secretaría Regional Ministerial

SERMENA: Servicio Médico Nacional

SSA: Servicio de Salud Aconcagua

SSVSA: Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio

SSVQ: Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota

SNS: Servicio Nacional de Salud

SS: Superintendencia de Salud

INTRODUCCIÓN

La Reforma de Salud efectuada por los gobiernos de la post dictadura es la última transformación relevante a la institucionalidad del Sistema de Salud chileno. En un principio fue conocida como Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), y luego se asoció al concepto de Garantías Explícitas en Salud (GES). Básicamente consiste en la priorización de algunos problemas de salud, en los cuales recaen garantías que pueden ser exigidas legalmente por los usuarios; de acceso, de oportunidad, de protección financiera y de calidad (Bastías & Andia, 2007). Esta reforma se plasmó en varias legislaciones; la más relevante es la Ley N° 19.966, que crea el Régimen General de Garantías en Salud, más conocido como Plan AUGE-GES.

Los antecedentes más inmediatos de esta reforma son la Caja del Seguro Obligatorio de Enfermedad y Vejez en el año 1924, el Servicio Nacional de Salud en el año 1952, y las políticas aplicadas por la dictadura militar entre los años 1973 y 1989. En todas ellas la profesión médica fue desempeñando un papel cada vez más protagónico. Sin embargo, las implicancias de la actual reforma sobre la profesión no han sido documentadas en profundidad. Por ello, se hace necesario un acercamiento sociológico a la temática para dar cuenta de las orientaciones actuales del Campo Profesional de los médicos.

A nivel discursivo, esta reforma pretendió incorporar el enfoque de derechos en la política social. Así lo ha argumentado Drago (2006), para quien el El Plan AUGE-GES contribuyó efectivamente a la realización del derecho a la salud en materia de acceso a los servicios médicos, conjugando la priorización sanitaria con el reconocimiento de derechos sociales. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha descrito este enfoque aludiendo a: I).- Que el objetivo de las políticas debe ser la realización de los derechos humanos, II).- Que se deben identificar a los titulares de los derechos y aquello a lo que se tiene derecho. También a los responsables de las obligaciones que ello implica, procurando el fortalecimiento de la capacidad de los primeros para reivindicar sus derechos, y la de los segundos para cumplir con sus obligaciones, III).- Que los tratados internacionales sobre derechos humanos deben ser considerados en todas las fases de la política (ONU , 2006).

Tal como ha planteado Abramovich (2006), se trata de un proceso con múltiples dificultades, pues obliga al Estado a ejecutar acciones que no únicamente respeten estos derechos, sino que también generen instancias para su cumplimiento efectivo. Consecuentemente, las políticas con este enfoque requieren de mecanismos de control y gestión a nivel local que verifiquen su otorgamiento. Además, requieren del empoderamiento de los sectores a los que están dirigidas las políticas, lo cual implica dejar de pensarlos como personas con necesidades que deben ser satisfechas, para concebirlas como titulares de derechos que tienen el poder jurídico de exigirlos al Estado (Abramovich, 2006).

Al margen de lo anterior, la adopción del enfoque de derechos conlleva, en mayor o menor grado, la reconfiguración de lógicas de acción en la intervención estatal. Así lo ha señalado el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, al estudiar la Reforma de Salud AUGE-GES, planteando que con esta política se han redefinido espacios, situaciones, incentivos y responsabilidades, cuestión especialmente compleja puesto que muchas veces

el paso desde una lógica a otra ha chocado con identidades tradicionales y con los intereses corporativos de los actores, que tienden a mantener rutinizadas ciertas prácticas (PNUD, 2009).

En este marco, la presente investigación se centra en la profesión médica. Una aproximación de este tipo a la Reforma de Salud AUGE-GES es necesaria, toda vez que varios autores han documentado la emergencia de una crisis en esta profesión, derivada de un cambio en la concepción social de la salud. En este tránsito, la salud está dejando de estar asociada a un "Don" y progresivamente se está entendiendo como un "Derecho". Esto genera impotencia en los médicos, que ven obstaculizado su quehacer profesional, pues el aumento de las expectativas sociales respecto a la atención no ha ido aparejado con un mejoramiento substancial en el Sistema de Salud.

La exposición comienza con el primer capítulo, en donde se entregan los antecedentes que contextualizan el problema a investigar, principalmente en relación a la trayectoria de las transformaciones a la institucionalidad sanitaria. Se especifican la pregunta y objetivos del estudio, así como las relevancias que posee esta temática para la sociología. En el segundo capítulo se retrata la perspectiva teórica del estudio, esencialmente a partir de la Sociología de las Profesiones. Se exponen tres niveles analíticos; la transformación neoliberal del Sistema de Salud, la teoría de los campos de Bourdieu, y las principales temáticas en torno a la profesión médica. En el tercer capítulo se especifican los elementos considerados en la estrategia metodológica. En el cuarto capítulo se dan a conocer los principales resultados de la investigación, los que desembocan en las conclusiones del estudio. Aquí se sintetizan las orientaciones que perfilan a la profesión médica, a partir de la implementación de la actual reforma.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este acápite se contextualiza el fenómeno abordado en el estudio. Se describe la posición de los médicos ante las transformaciones de la institucionalidad sanitaria, la génesis de la actual Reforma de Salud AUGE-GES, y el marco institucional de la investigación. De estos antecedentes se desprenden la pregunta y los objetivos de la investigación, así como en las relevancias del tema para la sociología.

1.1.- Los médicos ante las transformaciones de la Institucionalidad Sanitaria

Los problemas investigados por las Ciencias Sociales se enmarcan en procesos históricos y son influenciados a partir del contexto sociocultural. Según Braudel (1995), estos procesos se desarrollan en un tiempo de larga duración, en el cual se visualizan las tendencias estructurales que los condicionan. A partir de este fundamento, es posible sostener que la trayectoria de las instituciones sanitarias en Chile no sigue una evolución lineal, sino que se compone de etapas marcadas por avances y retrocesos en la consolidación del derecho a la salud (Urriola, 2009), donde el Estado ha ido reacomodando su participación en la Protección Social de la Salud¹.

Este transcurso de las transformaciones institucionales en salud no ha sido el resultado de un consenso social respecto a la orientación del Sistema. Más bien se condice con la disputa que los diferentes actores sociales de cada momento dieron en virtud de su desigual correlación de fuerzas, intereses y posturas, en las cuales la profesión médica fue desempeñando un papel cada vez más protagónico (Labra, 1997). La actual Reforma de Salud AUGE-GES es la última política aplicada al Sistema Sanitario, el que se basa en la coexistencia de un sector público y otro privado que funcionan, la mayoría de las veces, autónomamente en el financiamiento y prestación de las atenciones médicas (Becerril-Montekio, Reyes, & Manuel, 2011).

Los autores que han analizado la historia de la Salud Pública chilena han establecido diversas periodizaciones (Illanes, 2010; Parada, 2004; Labra, 1997; Molina, 2009; Urriola, 2009; Monasterio, 2009). Sin embargo, todos ellos coinciden en que un momento fundacional para la organización de la institucionalidad del sector se ubica en la segunda década del siglo XX, con la aprobación de las llamadas “Leyes Sociales”, por intermedio de las cuales el Estado se convirtió en un actor estratégico de la Protección Social. Entre estas cabe destacar la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad y Vejez², que fue acompañada por la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social.

¹ Adoptamos la definición propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respecto a la Protección Social de la Salud. Esta se refiere a: “La garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas o necesidades de salud a través del acceso a los servicios en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo” (OPS, 2005).

² La ley N° 4.050, que crea la Caja del Seguro Obligatorio de Enfermedad y Vejez, fue publicada el 15 de septiembre de 1924. El documento original se encuentra disponible en el portal web de la Biblioteca del Congreso Nacional: www.leychile.cl/Navegar?idNorma=24428&buscar=ley+4050

Este marco regulatorio instauró un financiamiento tripartito de las pensiones y de las atenciones médicas con aportes de los trabajadores, empleadores y el fisco, a través de la instauración de la Caja del Seguro. El cuidado de la salud, que desde la colonización era llevado a cabo por organizaciones de beneficencia, comienza a ser por primera vez responsabilidad del Estado, que debe hacer frente a la crisis provocada por las enfermedades infecto-contagiosas que emergieron a consecuencia de la precaria vida al interior de las urbes y de las inhumanas condiciones de trabajo a las que eran sometido los sectores más pobres³.

Se configuró con ello el llamado “Estado Asistencial”, otorgando ciertos derechos básicos a la población como es el caso de la salud. Desde una vertiente crítica, Massardo (2009) ha señalado que esta nueva faceta del Estado es la respuesta de la oligarquía tradicional, en tanto un sector de la élite gobernante asumió que debía anteponerse a una posible revolución del movimiento popular, puesto que ya para los comienzos del siglo XX se había convertido en un actor con conciencia histórica y proyecto político, gestado en espacios de sociabilidad comunes, principalmente en torno a las mutuales de artesanos y sociedades de socorros mutuos durante todo el siglo XIX.

Estas leyes sociales se dieron en una situación muy particular de la historia de Chile. Luego de la destitución del gobierno de Arturo Alessandri (1920-1924), asume el poder mediante un Golpe de Estado un grupo de militares. En este contexto, los grupos médicos adhirieron a las autoridades militares impuestas por la fuerza, convirtiéndose en un sector institucional diferenciado de las estructuras del Estado. Su especificidad estaba dada por el contacto que estableció tanto con la población asalariada como con la élite dirigente. Por ello, los médicos comienzan a tener una posición destacada en la nueva arena política y social (Labra, 1997; Parada, 2004; Molina, 2004).

Siguiendo a Román (2007), la instauración de la Caja del Seguro representó el inicio del proceso de funcionarización de los médicos, es decir, un vínculo laboral estable y reglamentado entre los profesionales y el Estado. Esto significó el nacimiento del carácter “mixto” en el ejercicio de la medicina; por una parte, bajo la modalidad de empleado estatal adscrito a la Caja del Seguro, y por otro, habilitado para el ejercicio privado-liberal en las consultas particulares.

Desde entonces, al interior de los círculos médicos comenzó a gestarse una acalorada discusión político-ideológica acerca la pretendida universalidad que debía poseer el Sistema Sanitario. En este marco, la formación de la Asociación Médica de Chile (AMECH), vigente entre los años 1931 y 1949, surgió con el propósito de coordinar la labor de los médicos y formar técnicos en funciones sociales. A su alero se conformaron dos

³ Pese al avance que representó la Caja del Seguro Obligatorio, se mantuvo la segmentación social ya que gremios de empleados, como los ferroviarios, militares, y bancarios crearon cajas independientes a las del resto de los trabajadores, como los artesanos y obreros. Entre estos últimos, la Caja del Seguro Obligatorio fue conocida como la “Ley del Garrote”, acusando el “robo legal” del salario. Las protestas del mundo popular apuntaban a los bajos montos de las pensiones, a la avanzada edad en que ésta se otorgaba y al limitado número de medicamentos y de prestaciones médicas que eran aseguradas, lo cual no se condecía con el fuerte descuento introducido (Illanes, 2010).

grupos con marcados contrastes políticos; por un lado los médicos más viejos o “Constitucionalistas” que acabaron por unirse a sectores fascistas y anticomunistas, y por el otro lado los que integraron la “Vanguardia Médica” (Molina, 2005). Esta última propugnaba por el derrumbe del Sistema Social de entonces para la consolidación de la sociedad científicamente organizada, una marcada tendencia hacia la integración entre elementos técnicos y sanitarios en la labor de los médicos, y el llamado a la sindicalización de la profesión. Si bien esta corriente estuvo subordinada a los sectores Constitucionalistas, representa un primer intento por socializar la medicina en Chile, al considerar las condiciones de vida como factor gatillante de las enfermedades.

En el año 1952 se produce quizás la reforma más importante al sector salud, con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), bajo el cual se agrupan las organizaciones que hasta ese entonces brindaban atención médica a la población o regían las políticas sanitarias en materia de higiene pública⁴. A ellas se sumaron las atenciones que ya se venían realizando mediante la Caja del Seguro Obligatorio.

Pese a que esta reforma tuvo su inspiración en el sistema inglés, concebido como una instancia universal y solidaria, se mantuvo el financiamiento tripartito y la cobertura siguió restringida a los sectores más desposeídos de la población, principalmente trabajadores manuales urbanos e indigentes (Labra, 1997; Labra, 2002). De la lectura que realiza Molina (2006) del proceso político que antecedió a la creación del SNS, se desprende que su conformación respondió a una contradicción entre dos posturas; la tendencia hacia una medicina social universalizada, y la introducción de la medicina liberal en el régimen estatizado. Por ello, la correlación de fuerzas políticas y sociales de entonces, enmarcada además por la Guerra Fría, sólo permitió cambios graduales y negociados a la institucionalidad, bajo la hegemonía de los sectores conservadores.

No obstante, la creación SNS representa el logro más importante en la historia de la Salud Pública del país, por tratarse de un órgano estatal y centralizado que aumentó la cobertura de las atenciones médicas, instalando una lógica de planificación sanitaria con priorización de la salud materno-infantil, y desarrollando una red que llegó hasta los lugares más apartados del país (Azevedo, 1998; Parada, 2004; Jimenez, 2001). A partir de todo aquello, se le han atribuido importantes logros en materia de indicadores sanitarios⁵.

Para la creación del SNS fueron fundamentales dos antecedentes en relación a la reglamentación de la profesión médica. El primero de ellos es la creación del Colegio Médico de Chile en el año 1948, por intermedio del cual se otorga la calidad de Corporación de

⁴ La Ley N° 10.383, que crea el Servicio Nacional de Salud, fue promulgada el 8 de agosto de 1952. Las instituciones que fueron unificadas son: la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, el Servicio Nacional de Salubridad, la Dirección General de Protección de la Infancia y la Adolescencia, la Sección Técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo, los Servicios Médicos y Sanitarios de las Municipalidades y el Instituto Bacteriológico. El Documento se encuentra disponible en el portal web de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=26387>

⁵ Entre ellos; el dramático descenso de la mortalidad y desnutrición infantil, la gran disminución de la mortalidad materna, el incremento en la esperanza de vida, así como también la instalación de los programas de vacunaciones y de planificación familiar (Horwitz, 1995).

Derecho Público a la organización gremial⁶. Con ello se sustituyó a la antigua AMECH, consolidando a la orden médica como un actor definitorio de la política sanitaria, obteniendo una representación monopólica y varias prerrogativas de estatus público semejante a la que tenían los abogados (Labra, 2002).

El segundo es la aprobación del Estatuto Médico-Funcionario en el año 1951⁷. Esta legislación fue conocida como el “Estatuto del médico millonario,” por los privilegios económicos y el trato preferencial que aseguró para el gremio médico (Jimenez, 2001). Por intermedio de esta ley se introdujo la jornada laboral de 6 horas diarias exclusivas, dejando espacio para el trabajo privado de los médicos después de su horario como funcionario, se aumentaron sus remuneraciones y se implementaron incentivos por antigüedad en la carrera funcionaria. Estos factores no resguardaron la estabilidad laboral del gremio, pues producto de la inflación cada año renegociaban sus salarios, utilizando como medida de fuerza la amenaza de la renuncia colectiva al sector público (Romero, 1972).

Pese a la reglamentación del estatuto Médico-Funcionario, el ejercicio privado de los médicos fue marginal durante gran parte del siglo XX. Esto cambió con la Ley de Medicina Curativa⁸ a fines de la década del 60, que consagró la atención privada de los funcionarios agrupados en el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y de sus cargas familiares, a través de la creación de la libre elección subsidiada, utilizando infraestructura hospitalaria perteneciente al SNS. Esto se realizaba en un horario especial, y abrió la puerta legal a dos tipos de atenciones; una funcionaria para los obreros y otra privada para los empleados. Estos últimos realizaban copagos en los que el Colegio Médico actuaba como intermediario mediante la recolección de los pagos. Por la incorporación de la modalidad de libre elección, esta política es considerada promotora de la medicina liberal y regresiva en cuanto a la universalidad del acceso a los servicios de salud (Molina, 2009).

Estos cambios en la Institucionalidad Sanitaria coincidieron con la emergencia de movimientos sociales de trabajadores, pobladores y estudiantes que demandaban una mayor justicia social. En este contexto, el gobierno socialista del Ex Presidente Salvador Allende (1970-1973), consideró la profundización de la Reforma Agraria instaurada en el gobierno anterior, la nacionalización del cobre, y la expropiación de empresas privadas consideradas estratégicas para el desarrollo de la nación. Estos cambios eran considerados por los intereses del capital nacional e internacional como una clara amenaza revolucionaria, al desafiar los fundamentos mismos del sistema económico y social del país (Del Pozo, 2000).

⁶ La ley N° 9.263 que otorga personalidad jurídica al Colegio Médico de Chile fue promulgada el 15 de noviembre de 1948. Tiene por objeto el perfeccionamiento, la protección económico-social, y la supervigilancia de la profesión de médico-cirujano. Estableció un Consejo General en Santiago y Consejos Regionales en Antofagasta, La Serena, Valparaíso, Santiago, Talca, Concepción, Temuco, Valdivia, Punta Arenas, Iquique, Rancagua y Puerto Montt. El documento oficial se encuentra disponible en el portal web de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=25967&buscar=ley+9263>.

⁷ La Ley N° 10.223 fue promulgada el 06 de diciembre de 1951. Fija el estatuto para los médicos cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos y dentistas. El documento se encuentra disponible en el portal web de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=123867>

⁸ La Ley N° 16.781 fue promulgada el 28 de marzo de 1968, a partir del impulso efectuado por el Gobierno de Eduardo Frei-Montalva (1964-1970). Otorga asistencia médica y dental a los imponentes activos y jubilados que señala. El documento oficial se encuentra disponible en el portal web de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=28663>

En el ámbito sanitario, el gobierno de Allende aumentó importantemente el gasto en salud⁹, lo cual repercutió en un mejoramiento sustantivo de los indicadores sanitarios¹⁰. Además, promovió un Sistema Único de Salud, órgano estatal que concentraría y distribuiría todos los recursos, tanto públicos como privados, para lograr una atención igualitaria a todas las personas. Esta iniciativa no llegó a convertirse en ley, pero teniendo ese propósito, se estableció un convenio directo entre el SNS y el SERMENA, sustituyendo el pago del paciente al médico que lo atendía con infraestructura pública mediante un “cheque-bono”, destinando estos recursos a las arcas fiscales. Todo ello repercutió en que el Colegio Médico reprobara las reformas fomentadas por el gobierno, en tanto atentaban contra la liberalización de la profesión, declarándose abiertamente a favor de la intervención de las Fuerzas Armadas (Parada, 2004).

Con el golpe de estado se instauró el gobierno militar liderado por Augusto Pinochet (1973-1989). Entre otros factores, la dictadura desarticuló la organización social tejida por el movimiento popular, a través de la disolución violenta de los partidos políticos, sindicatos, federaciones de estudiantes y agrupaciones de pobladores. Con ello se diluyó el proyecto de Estado construido en los años anteriores por estos sectores, al excluir la participación del bajo pueblo de la discusión institucional, reproduciendo así la lógica autoritaria y centralista en que se desarrollaron los procesos constituyentes de los años 1833 y 1925 (Salazar, 1990). Los principales cambios en materia económica apuntaron a la privatización de empresas estatales, desregulación de los precios de bienes y servicios, aumento de las exportaciones hacia el mercado internacional, y una mayor apertura hacia la inversión extranjera. Siguiendo a Garretón & Espinoza (1993), estos elementos mermaron la capacidad redistributiva del Estado, ampliaron su carácter coercitivo e implementaron mecanismos de mercado en la Sociedad Civil.

Aquello fue acompañado por un brusco descenso del gasto social, tendencia replicada en el resto de los países del continente, a consecuencia del “Consenso de Washington”, que defendía una disminución del Estado y una ampliación de la esfera del mercado en la economía (Tomassini & Armijo, 2002). Un ejemplo paradigmático del recorte fiscal lo constituyen los recursos destinados a la salud. De las cifras entregadas por el economista Patricio Meller (1990), se desprende que entre 1974 y 1987 el promedio de gasto social en salud por habitante fue el 71% de lo observado en 1970.

Este recorte presupuestario se llevó a cabo paralelamente con una reestructuración administrativa que comenzó al término de la década de los años 70 (Manuel, 2002). Se limitaron las atribuciones del Ministerio de Salud (MINSAL) a la labor normativa y fiscalizadora, mientras que la ejecución de la atención se descentralizó en 27 Servicios de Salud autónomos. Se estableció la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) como

⁹ El gasto en salud pasó del 7.1% del gasto fiscal total en el año 1970 al 10.6% en 1973, y subió del 17% del gasto fiscal social al 21.5% en 1973 (Lavados, 1983).

¹⁰ Fue notorio el descenso de la mortalidad general desde 8.6 por cada 1.000 habitantes en 1970 a 8.1 en 1973, mientras que la mortalidad infantil disminuyó de 79.3 por cada 1.000 nacidos vivos en 1970 a 65.1 al finalizar el período de Allende (De Kart, 1976).

organismo a cargo de la recaudación de cotizaciones previsionales de los afiliados al seguro público, y se contempló la creación del Instituto de Salud Pública (ISP) y de la Central de Nacional de Abastecimiento (CENABAST)¹¹.

Posteriormente, se municipalizó la administración de la atención primaria¹², lo cual repercutió en un deterioro de la dotación y operación de estas unidades, además de desarticular el trabajo en red de los recintos públicos (Sepúlveda, 2004). Luego, se implementó un sistema de aseguramiento privado con fines de lucro en base a las cotizaciones previsionales obligatorias, mediante la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)¹³.

Estas transformaciones tendieron a la desintegración del SNS, estableciendo la función normativa en el MINSAL, la ejecutiva en los Servicios de Salud, y la financiera a cargo del FONASA. Se estratificó la atención entre quienes tenían mayores rentas, que deben comprar sus planes en el mercado de las ISAPRE; los sectores medios, que pueden optar a la Modalidad de Libre Elección del FONASA con copagos variables de acuerdo al nivel profesional; y los sectores con los sueldos más bajos, que son atendidos en los servicios estatales gratuitamente cuando se acredita la condición de pobreza, o pagando un monto proporcional a los ingresos. Se reprodujo así la idea conservadora de que sólo estos últimos debían recibir el sustento estatal (Labra, 2002).

En cuanto al rol que tuvieron los médicos durante la dictadura, es posible distinguir dos períodos, diferenciados por un cambio generacional en la mesa dirigente del Colegio Médico producto de elecciones internas. La primera fase va desde septiembre del año 1973 a fines del año 1981, que se caracteriza por la colaboración del gremio con la dictadura, y la otra que abarca desde el año 1982 hasta el año 1989, que se destaca por las reivindicaciones materiales y por la incorporación a la lucha por la vuelta a la democracia (Parada, 2004). Este distanciamiento de los médicos hacia el gobierno se explica por la liberalización de los colegios profesionales vinculados a la salud, que tradicionalmente habían detentado el control ético de los agremiados. En definitiva, la dictadura relega al Colegio Médico a una asociación gremial de carácter voluntario¹⁴. Para los profesionales ya no era necesario estar afiliado para trabajar, lo cual debilitó su poder negociador.

¹¹ Estas medidas fueron contempladas por el Decreto Ley (DF) N° 2.763, publicado el 03 de agosto de 1979. Reorganiza el Ministerio de Salud, crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública, y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. El documento se encuentra disponible en el portal web de la Biblioteca del Congreso Nacional: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6999>

¹² El traspaso de la administración de los Centros de Atención Primaria se concretó en el DFL N° 1-3063, publicado el 13 de junio de 1980. El documento se encuentra disponible en la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=3389>. Posteriormente, el DL N° 3.477, publicado el 2 de septiembre de 1980, facultó la privatización de los servicios traspasados a las municipalidades, pudiéndose entregarse a personas jurídicas de derecho privado sin fines de lucro. El documento se encuentra disponible en el portal web de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=7139>

¹³ El Decreto con Fuerza de Ley (DFL) N° 3, que fue publicado el 19 de mayo de 1981, se considera la norma jurídica que funda el sistema privado en el país, a través de la creación de las aseguradoras privadas. Es la primera normativa que se refiere a "contratos de salud". Estableció como ente fiscalizador al FONASA, atribución que posteriormente fue depositada en la Superintendencia de Isapre, y actualmente en la Superintendencia de Salud. El documento en extenso se encuentra disponible en el portal web de la Biblioteca Nacional: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=3570>

¹⁴ El Decreto Ley (DL) 2.757, publicado el 04 de julio de 1979, establece que la afiliación a una Asociación Gremial (AG) es un acto voluntario y personal, y en consecuencia, nadie puede ser obligado a afiliarse a ella, y no

1.2.- Génesis y tramitación legislativa de la Reforma de Salud AUGE-GES

Al término de la dictadura, el país tenía una situación sanitaria con marcadas diferencias socio-económicas¹⁵. El contexto social, económico y político del país, luego de los dos primeros mandatos concertacionistas de Patricio Aylwin (1990-1994) y Eduardo Frei Ruiz-Tagle (1994-2000), si bien presentaba un importante desarrollo económico, convivía con grados crecientes de desconfianza ciudadana hacia las instituciones públicas (PNUD, 1998).

Los esfuerzos en salud tendieron a una mayor inversión en infraestructura, a una focalización de los recursos en las comunas más carentes, y a la racionalización de los mecanismos de remuneración por las atenciones (Azevedo, 1998). Sin embargo, no se observaba una reformulación integral a la legislación del Sistema de Salud. De acuerdo con Lenz (2007), esto se debió a la falta de mayoría política de la Concertación a raíz de la institucionalidad que la democracia protegida imponía, y a la falta un proyecto común de la coalición gobernante en materia de salud. En tanto, las desigualdades sanitarias fueron cada vez más evidentes, tanto entre el sector privado y público, como al interior de este último (Arteaga, Astorga, & Pinto, 2002).

La política aplicada por el régimen militar había logrado imponer un mercado para la salud, produciendo una crisis financiera gatillada entre otros aspectos, por la instauración de las ISAPRE, que en la década de los 90 administraban el 45% de los recursos cuando sólo atendían al 27 % de la población, seleccionando a los individuos más sanos y con menores riesgos (Tetelboin & Granados, 1999). Para el año 2000, alcanzaban una cobertura del 25% y recibían el 69% de los recursos provenientes de las cotizaciones, en tanto que FONASA recibía un 31% de ellas, atendiendo al 64% de los individuos (Oyarzo, 2000). Esta inequidad ha ido acompañada por una sobrecarga en el pago directo de las personas; actualmente el gasto de bolsillo es uno de los más elevados de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (Cid, 2011a; Cid, 2011b).

Dos factores técnicos hacían cada vez más patente la necesidad de una Reforma a la Salud: el proceso de transición demográfica¹⁶ y el cambio en el perfil epidemiológico¹⁷. Además de lo anterior, diversos organismos internacionales¹⁸ propiciaron la "Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe", instancia que solventó Reformas a la Salud en algunos países de Latinoamérica. Promovió cambios en la

podrá impedirse su desafiliación. El documento se encuentra disponible en la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6992>

¹⁵ Los resultados de la encuesta CASEN en 1990 indicaban que los niños desnutridos alcanzaban al 6.7% en el primer quintil y solamente el 0.6% en el quinto quintil, el 27% de las embarazadas del primer quintil se encontraba con bajo peso, cifra que descendía al 3.5% en el caso de las embarazadas del quintil más rico. El documento se encuentra disponible en el Portal Web del Observatorio del Ministerio de Desarrollo Social: www.observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen-documentosphp?c=88&a=1990

¹⁶ La transición demográfica se caracteriza por una disminución de la tasa de fecundidad y por un brusco descenso en la mortalidad, lo cual repercute en que los grupos jóvenes ceden su lugar a los adultos mayores (Szot, 2003).

¹⁷ A partir del cambio en el perfil epidemiológico, las enfermedades infecto-contagiosas son reemplazadas por patologías crónicas, producidas principalmente por los estilos de vida o el medio ambiente (Frenk et al., 1991).

¹⁸ Entre estas instituciones internacionales se encontraban OMS, OPS, el Banco Mundial (BM), y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (Crocco et al., 2000).

estructura sanitaria, con el objetivo de que las reformas pusieran el foco en la eficiencia de la gestión y en la efectividad de las prestaciones (Crocco et al., 2000).

En el caso chileno, la reforma fue emprendida durante el gobierno del Ex Presidente Ricardo Lagos (2000-2006). Su discusión fue abordada en dos instancias de gran envergadura; la primera de ellas fue la elaboración de “Los objetivos sanitarios de la década 2000-2010”¹⁹. Paralelamente con ello, se encargó la conformación de un Comité Interministerial presidido por la Ministra de Salud y asesorada por una Secretaría Ejecutiva. En ella se consensuó como contenidos fundamentales de la futura Reforma Sanitaria la instauración de objetivos y un discurso sanitario por sobre los problemas de gestión y financiamiento del sector, generar derechos exigibles y garantizados para la población, además de mejorar la equidad del sistema (Lenz, 2007).

La tramitación legislativa de la reforma se concretó con el envío al Parlamento de cinco proyectos de ley que constituyen los pilares de la nueva política. La Ley sobre el financiamiento, en agosto de 2003, a través de un aumento del 1% del IVA y de un alza al impuesto al tabaco²⁰. La Ley de Autoridad Sanitaria, Gestión y Fortalecimiento de la Participación Ciudadana, en febrero de 2004²¹, que reformuló la institucionalidad dentro del MINSAL, mediante la separación de dos subsecretarías (Salud Pública y Redes Asistenciales), además de la creación de la Superintendencia de Salud (SIS) y Hospitales Autogestionados. A nivel regional, este cambio a la legislación ha significado la división entre las funciones de Salud Pública, a cargo de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) y lo relacionado con Redes Asistenciales, potestad de las Direcciones de cada Servicio de Salud correspondiente. También se produjo la modificación a la Ley de ISAPRE en mayo de 2005²², en la cual se establecieron mecanismos regulatorios relativos al costo de los planes y de las prestaciones aseguradas.

La última legislación es la Ley sobre Derechos y Deberes de las personas en Salud²³, que rige las disposiciones para la atención de los pacientes con prestadores públicos y privados. Sin embargo, la Ley que constituye el eje medular de la política es la que crea el Régimen General de Garantías en Salud, donde se establecieron explícitamente garantías legales asociadas a un grupo de enfermedades: de acceso, de oportunidad, de

¹⁹ En esta instancia se instauraron metas e indicadores en cuatro ejes: mejorar los logros sanitarios del siglo XX, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento, prestar servicios acordes con las expectativas de la población, y disminuir las inequidades observadas al término de la dictadura. El documento final se encuentra disponible en el portal web de la Biblioteca del MINSAL: <http://www.bibliotecaminsal.cl/lildbi/docsonline/get.php?id=145>

²⁰ La Ley 19.888 fue publicada el 13 de Agosto de 2003. Establece el financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales propuestos por el Gobierno. El Documento se encuentra disponible en el portal web de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=213493&idParte=0>

²¹ La Ley 19.937 fue publicada el 24 de febrero de 2004. Modifica el Decreto con Fuerza de Ley N° 2.763 de 1979 con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. El Documento se encuentra disponible en el portal web de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629&idParte=0>

²² La Ley 20.015 fue publicada el 17 de Mayo de 2005. Modifica la Ley N° 18.933 sobre Instituciones de Salud Previsional. El Documento se encuentra disponible en el portal web de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=238102&idParte=0>

²³ La Ley N° 20.584 fue publicada el 24 de Abril de 2012. Establece deberes y derechos de las Personas en Atención de Salud. Algunos de los derechos explicitados son el Derecho a la Seguridad de la Atención, a un trato digno y a la asistencia espiritual o compañía. El documento se encuentra disponible en el portal web de la Biblioteca del Congreso Nacional: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>.

protección financiera y de calidad²⁴. Esta es la legislación que ha originado el Plan AUGE-GES, y se ha configurado en la columna vertebral de la actual Reforma de Salud (Arteaga, 2004; Monasterio, 2009).

Retomando la hipótesis de Molina (2009), las transformaciones más importantes a la institucionalidad sanitaria; Caja del Seguro Obligatorio de Enfermedad y Vejez (1924), SNS (1952), y las reformas de la dictadura (1973-1989), se conformaron negociadamente en base a una contradicción entre una medicina social estatizada, que concibe a la salud como un derecho indelegable del Estado, y una medicina liberal, que defiende la intervención de privados en el Sistema y disminuye la actuación del Estado a la entrega de subsidios. Este argumento es adoptado por Olavarría (2011), para quien el proceso político de formulación de la Reforma de Salud AUGE-GES se consertó en base a tres sectores políticos que negociaron su contenido en la discusión parlamentaria.

Primeramente, la "Posición estatista"²⁵ rechazaba el lucro en los servicios sociales, buscaba atenuar el rol de las ISAPRE, y era escéptica respecto a que una mayor regulación del mercado privado disminuiría las inequidades. Luego, la posición "Privatista"²⁶ apelaba por el perfeccionamiento de las aseguradoras privadas, el aumento de la eficiencia del sector público, una mayor competencia entre ambos subsectores, y por el subsidio a la demanda para que los individuos eligieran su aseguramiento. Finalmente, la posición de "Salud regulada"²⁷ defendía estímulos para la expansión del mercado privado con un Estado complementario de los privados. Este proceso implicó varias etapas, marcadas por énfasis hacia una postura u otra, en virtud de la negociación que los actores involucrados efectuaron (Olavarría, 2011). Lo anterior se tradujo en que la reforma se aprobara negociadamente entre las coaliciones, replicando así la lógica de las anteriores transformaciones.

En términos prácticos, la Reforma de Salud AUGE-GES comenzó oficialmente a nivel nacional fue en el año 2005. Progresivamente el número de patologías incluidas se fue ampliando²⁸, independiente de los cambios en las orientaciones de los gobiernos sucesivos. El Plan AUGE-GES consiste básicamente en la priorización de enfermedades e intervenciones. Algunos de los criterios que han sido establecidos para ello son los factores de riesgos, la eficacia y efectividad de las prestaciones y la capacidad de atención para cada una de las patologías (Erazo, 2011).

Únicamente en las personas que presentan algunas de estas patologías recaen las garantías establecidas en el Plan AUGE-GES. La Garantía de Protección Financiera estipula

²⁴ La Ley N° 19.966 fue publicada el 3 de Septiembre de 2004. Establece un Régimen de Garantías en Salud. El documento se encuentra disponible en el Portal Web de la Biblioteca del Congreso Nacional: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834&idParte=0>

²⁵ Esta posición estaba conformada por la mayoría de los partidos políticos de la Concertación, coalición gobernante en ese momento. Específicamente, un sector minoritario de la Democracia Cristiana, el Partido por la Democracia, el Partido Socialista, el Partido Radical Social Demócrata. Además, adhirieron los gremios de la salud, entre ellos el Colegio Médico de Chile.

²⁶ Esta posición era representada por los partidos políticos de derecha, Renovación Nacional y la Unión Demócrata Independiente, los gremios empresariales (entre ellos las propias ISAPRE), y algunos centros de pensamientos ligados a estas organizaciones.

²⁷ Esta posición era propia de un amplio sector de la Democracia Cristiana, los tecnócratas del Ministerio de Hacienda, y algunos centros de estudios.

²⁸ Comenzó con 25 patologías en el año 2005, ya en el año 2006 aumentaron a 40, el año siguiente alcanzaron a 56, luego a 69 y durante el año en curso se llegó a las 80 patologías (MINSAL, 2013).

que la contribución de los afiliados no debe superar el 20% de su valor, que es determinado por un Arancel de Referencia del Régimen. Para los asegurados por el FONASA de menores ingresos (grupo A y B), se cubre la totalidad del costo y para los de mayores ingresos (grupo C y D) se fijan copagos menores al 20%. La Garantía de Oportunidad, establece plazos máximos para que las personas sean atendidas, según las condiciones de cada patología, por el prestador que debe ser designado por la entidad aseguradora. La Garantía de Acceso resguarda el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas y la Garantía de Calidad se respalda por la acreditación que deben tener los prestadores institucionales e individuales (Erazo, 2011).

El grueso de la cobertura del Plan AUGE-GES recae en los asegurados por el sector público. De hecho, entre enero y junio de 2012, del total de casos que ingresaron al sistema, un 95% correspondía al Sistema Público y sólo un 4% estaba afiliado a algún seguro privado. Además, el 77% de ellos se atiende en un centro ambulatorio de salud, un 11% en algún hospital y otro 11% en un recinto de carácter mixto (MINSAL, 2012). En este marco, se ha demostrado que la satisfacción de los usuarios con su Sistema de Salud es regular (nota 5.0 y 5.2 para el sector público y privado respectivamente). Las principales razones que se aducen para ello son los bajos costos de la atención en el área pública, y el mejor acceso a centros de calidad en los beneficiarios del sector privado (SIS, 2012a). Por otra parte, si bien la opinión generalizada de las personas es que el Plan AUGE-GES ha tenido un efecto positivo (PNUD, 2009), es evidente un escaso conocimiento sobre él; en el año 2006 un 58% de los sujetos desconocían los pasos a seguir en caso de presentar algunas de las patologías incluidas (SIS, 2006) y en el año 2012 un 27% no conocía de qué se trataba la política (SIS, 2012a).

1.3.- El marco institucional de la investigación

La Región de Valparaíso es el marco institucional de la investigación. En ella, el 81% de la población está afiliada al seguro público de salud, correspondiendo así con la distribución del país, y sólo un 10.1% pertenece a alguna ISAPRE (Ministerio de Desarrollo Social, 2011). La Región cuenta con una Agencia Regional de la Superintendencia de Salud, la cual tiene entre sus potestades el supervigilar tanto a las ISAPRE como al FONASA respecto al cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, fiscalizar a los prestadores públicos y privados, e imponer sanciones según cada caso (SIS, 2013a). Por otra parte, la región pertenece a la Dirección de Zona Centro-Norte del FONASA, organismo encargado de recaudar, administrar y distribuir los recursos de los afiliados al seguro público (FONASA, 2013). Hay sucursales de nueve aseguradoras privadas y los prestadores de este tipo son Clínicas y Laboratorios, así como también profesionales independientes (SIS, 2013b).

En la región, hay tres Servicios de Salud distintos, que cuentan con personalidad jurídica y patrimonio propio. Entre sus funciones está la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial en todos sus niveles, así como la ejecución de la política sanitaria, de los planes y programas establecidos por el MINSAL para el nivel nacional (MINSAL, 2013).

Estas entidades son administradas por una Dirección de Servicio que depende de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

El Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA) agrupa a las comunas de la zona costera de la región. Respecto a las garantías GES, en el último año ingresaron al sistema 62.411 personas, 40% de las cuales fue atendida en hospitales y el 60% en alguno de los centros del nivel primario (SSVSA, 2012). Las estadísticas de fiscalización indican que en este Servicio un 43% de las Garantías de Oportunidad son cumplidas fuera de plazo, siendo el Servicio que se ubica en el cuarto lugar a nivel nacional en relación al incumplimiento de estas garantías (SIS, 2012b).

El Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ) integra la mayoría de las comunas de la zona interior de la Región de Valparaíso. En el último año ha atendido a 107.531 pacientes con garantías, el 73% de ellos lo hizo en hospitales de baja complejidad o en el nivel primario y el 27% en un hospital terciario o secundario (SSVQ, 2012). En este caso, un 30% de las Garantías de Oportunidad son cumplidas fuera del plazo, ocupando el décimo lugar en el ranking nacional de incumplimiento (SIS, 2012b).

El Servicio de Salud Aconcagua (SSA) se compone principalmente de las comunas de la zona cordillerana. En su documentación oficial sólo se destacan múltiples actividades de Participación Social y Atención Primaria, así como también un escaso número de médicos especialistas (SSA, 2012). En cuanto a la Reforma AUGE-GES, sólo un 3% de las Garantías de Oportunidad son cumplidas fuera del plazo (SIS, 2012b).

1.4.- Delimitación del problema a investigar

A partir de los antecedentes expuestos, la presente investigación constituye un acercamiento sociológico a la Reforma de Salud AUGE-GES en la Región de Valparaíso, mediante el análisis de los aspectos profesionales de los médicos vinculados con su implementación. El problema a investigar se basa en que la ejecución de la reforma ha desdibujado el quehacer de la profesión médica, puesto que se han creado nuevos protocolos de derivación y de tratamiento a los pacientes, se han instaurando mecanismos burocráticos que exigen a los médicos tareas que tradicionalmente no habían sido parte de su rutina, y se ha aumentado la presión asistencial por cumplir con las garantías de acceso y de oportunidad (PNUD, 2009). Además, la puesta en marcha de la reciente Ley de Deberes y Derechos de las personas en relación a su atención de salud supone una reconfiguración de las prácticas ejercidas por los médicos. Se desconocen dos temáticas fundamentales; primero, el impacto de la actual reforma sobre la profesión médica; y en un nivel más general, las características de estos cambios en relación con la tendencia histórica de las transformaciones a la institucionalidad sanitaria.

1.4.1.- Pregunta de investigación

De esta manera, la interrogante principal que enmarca la investigación es la siguiente:

¿Cómo se (re) compone el Campo Profesional de los médicos, a partir de la implementación de la Reforma de Salud AUGE-GES, en la Región de Valparaíso?

1.4.2.- Objetivo General de la investigación

- Analizar la (re) composición del Campo Profesional de los médicos, a partir de la implementación de la Reforma de Salud AUGE-GES, en la Región de Valparaíso.

1.4.3.- Objetivos Específicos de la investigación

- Describir los aspectos estructurales del Campo Profesional de los médicos, a partir de la implementación de la Reforma de Salud AUGE-GES, en la Región de Valparaíso.
- Caracterizar las prácticas desplegadas en el Campo Profesional de los médicos, a partir de la implementación de la Reforma de Salud AUGE-GES en la Región de Valparaíso.
- Indagar en el sentido práctico que orienta el Campo Profesional de los médicos, a partir de la implementación de la Reforma de Salud AUGE-GES en la Región de Valparaíso.

1.4.4.- Relevancias de la investigación

Según el sociólogo Roberto Briceño (2003), la relación entre las Ciencias Sociales y la Salud progresivamente se ha ido articulando en un campo teórico, el que verbaliza como "Ciencias Sociales de la Salud", y en cual visualiza dos grandes tendencias; la explicación de la enfermedad por lo social y la explicación de lo médico por lo social. En este último dominio, la profesión médica tradicionalmente se ha analizado con un enfoque funcionalista (Parsons, 1999), y vinculada con mecanismos de socialización secundaria durante el proceso de enseñanza (Merton, Reader, & Kendall, 1957). En este sentido, la relevancia teórica del estudio se justifica por cuanto corresponde a un intento por innovar conceptualmente dentro de este lineamiento, poniendo en diálogo los aportes de la teoría de los campos del sociólogo francés Pierre Bourdieu con la configuración la profesión médica.

Por otra parte, la relevancia práctica se fundamenta en la necesidad de producir investigación social en torno a las políticas de salud, para así dilucidar sus limitaciones y potencialidades respecto a la búsqueda de equidad en los indicadores sanitarios. Esta aproximación es aún más necesaria, toda vez que la disposición y distribución del recurso humano ha sido un elemento ausente en el diseño e implementación de la actual reforma.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

El siguiente capítulo constituye el esquema teórico que será empleado en el abordaje del Campo Profesional de los médicos. Esta arquitectura teórica se compone de tres niveles analíticos, que con diferentes grados de abstracción abarcan el fenómeno de manera multidimensional. Primeramente, en un nivel macro social se aborda el modelamiento del Sistema de Salud chileno, plasmado en su reconversión neoliberal. En un nivel intermedio, se exponen los aportes de Bourdieu a la problemática analizada, desde su teoría de los campos sociales. Finalmente, en un nivel micro social se puntualizan las temáticas que han sido descritas en torno a la Sociología de las Profesiones, particularmente en las características de la medicina en el contexto nacional.

Este armazón teórico se construyó siguiendo los planteamientos que Sautu et al., (2005) han efectuado respecto a la vinculación entre los diferentes niveles de abstracción que contempla un marco teórico, diferenciando entre los “Paradigmas”, la “Teoría general” y la “Teoría sustantiva”. Los primeros son la matriz más genérica, y se entienden como los supuestos básicos que el investigador asume, determinando la perspectiva desde la cual observa y analiza la realidad que está siendo estudiada. La Teoría general se refiere al conjunto de proposiciones que explican los fenómenos, y que implican una visión acerca del lugar que tienen las personas en la sociedad. La teoría sustantiva se asimila al grado más concreto, pues se conforma por los enunciados teóricos particulares que apuntan a una sección del objeto de análisis.

Para poner en diálogo esta arquitectura teórica con los resultados de la investigación se recurre al Constructivismo Social como marco interpretativo. Para el pensamiento sociológico esta corriente tiene sus bases en el trabajo de Berger y Luckmann (2008), quienes plantean una crítica al objetivismo al considerar a “la realidad” desde la perspectiva subjetiva de los actores, y por tanto como una creación social, establecida en las relaciones intersubjetivas, que es aprehendida durante la socialización (primaria y secundaria), e institucionalizada en la vida social por intermedio del lenguaje. Lo anterior conlleva explicitar que el posicionamiento epistemológico de la investigación entiende al fenómeno desde la óptica con la que los sujetos lo visualizan y no como hechos exteriores.

2.1.- La transformación neoliberal del Sistema de Salud

En el nivel macro social de nuestro objeto de estudio, constatamos que el modelamiento del Sistema de Salud chileno se ha plasmado en una serie de transformaciones de la institucionalidad sanitaria. Estas corresponden a una mezcla o “Síntesis acumulativa” de los diseños que fue políticamente posible trazar en cada coyuntura transformadora del sector (Jiménez de la Jara & Bossert, 1995).

Una corriente teórica clave para leer este transcurso del Sistema de Salud es la Medicina Social Latinoamericana²⁹. El fundamento de esta perspectiva es que el proceso

²⁹ Para una exposición pormenorizada del origen, desarrollo y evolución de la Medicina Social en Latinoamérica; los avances teóricos y proposiciones prácticas que esta corriente ha generado en torno al pensamiento social en

salud-enfermedad-tratamiento está determinado por el contexto económico, político y socio-cultural, diferenciándose de la Salud Pública al enfocarse en un análisis estructural que trasciende la concepción de la salud-enfermedad como categorías dicotómicas (Iriart et al., 2002).

Tetelboin (2003) es una destacada exponente nacional en este ámbito. Para la autora, el desarrollo del caso chileno ha sido una experiencia representativa en la aplicación de políticas sociales de nuevo corte. Su análisis se centra en la transformación neoliberal del Sistema de Salud durante la dictadura. Durante este período, advierte la conformación de un campo de prácticas sociales, en el cual las leyes, técnicas y procesos políticos que establecen los agentes en torno a la temática médica, conviven con la determinación histórica y se encuadran en las características estructurales de la sociedad (Tetelboin & Salinas, 1984).

Apropiándonos de la línea argumentativa de la autora, la transformación neoliberal del sector salud se llevó a cabo en dos etapas. La primera fue la formulación de la política, abarcando desde el año 1973 hasta 1979/1981³⁰, y se caracteriza por el desmantelamiento y deterioro inducido de las instituciones públicas en salud, principalmente el SNS. Durante esta etapa, es posible visualizar un sub-período de "Normalización", seguido de una "Ofensiva privatizadora", que desemboca en un "Repliegue táctico" (Tetelboin, 2003).

La primera se desarrolla en los dos primeros años bajo la Junta Militar, y se caracteriza por las críticas antiestatistas que de modo sistemático los altos funcionarios del Gobierno efectuaban hacia la supuesta ineficiencia, excesiva burocratización y centralismo del sector público. Durante la ofensiva privatizadora (1975-1976), ya se logran esbozar modificaciones de largo alcance y de tipo más estructural, consolidándose la idea de un mercado para la salud, lo cual implicaba la liberalización de servicios y recursos. Se argumentaba que el Estado subsidiara las prestaciones; en tal sentido, la regularidad debería ser la búsqueda de atención médica en el mercado y excepcionalmente la atención pública. Pareciera contradictorio sostener que a continuación se desarrolló un Repliegue táctico en la política de salud (1976-1979). Sin embargo, la autora sostiene que esto respondió al convencimiento de los tecnócratas de consolidar las transformaciones económicas conjuntamente, en un plan global que incluyese salud, seguridad social, reformas laborales, y otros.

En continuidad con la etapa de formulación, la implementación de la política en salud se llevó a cabo entre los años 1981 y 1989, agregando a la debilidad del sector público, el fortalecimiento e incentivos al sector privado, estrategia comandada por la creación de las ISAPRE. Las implicancias de los cambios acontecidos durante esta etapa se consideran en tres ámbitos: la regulación, el financiamiento y la operación de los servicios (Tetelboin, 2003)

salud, consultar el estado del arte elaborado al alero de la OPS y de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES): "Debates en Medicina Social" (Saul et al., 1991).

³⁰ La diferencia de años en el término del período obedece a dos hitos fundamentales. En el año 1979 se procede a la descentralización el SNS y su reemplazo por el SNSS, además de la creación de otras instituciones públicas, medidas que fueron contempladas por el Decreto Ley (DL) N° 2.763. Por otra parte, en el año 1981 se fundan las administradoras privadas de salud, ISAPRE, mediante el Decreto con Fuerza de Ley (DFL) N° 3.

En cuanto al primer ámbito, se hace patente que la descentralización del sector salud, plasmada en la regionalización del SNS, y luego en la municipalización de la atención primaria, fue desplegada con el objetivo de mantener el control político sobre los trabajadores de la salud, además de abrir oportunidades para la rentabilidad del sector privado, a través de concesiones a particulares, que no pudiesen haberse dado con el antiguo sistema centralizado. Lo anterior también se plasmó en la separación de funciones introducida al sector público, permitiendo que en el aseguramiento y en la prestación participen actores privados. Si bien el Estado se mantuvo a cargo de la regulación del sector, en adelante actuó sin considerar el interés común, y focalizándose en el incentivo hacia el sector privado en las áreas antes mencionadas.

En lo financiero, las tendencias apuntaron al aumento del gasto que los individuos desembolsan en salud, a través de las cotizaciones previsionales y/o de copagos, lo cual fue acompañado por una merma progresiva del sustento estatal. Ambas tendencias repercutieron en un desfinanciamiento del sector público, que además justificó la creación de modalidades privadas. Por su parte, estos aspectos repercutieron en la pauperización de la operación de los servicios públicos; en las condiciones materiales, en la obsolescencia de la infraestructura, y en el deterioro de las condiciones laborales de los trabajadores.

La hipótesis que ha argumentado esta pensadora de la Medicina Social apunta a que las políticas introducidas durante la dictadura militar (1973-1989) promovieron satisfactoriamente el tránsito entre dos modelos de atención; desde uno basado en una organización hegemónicamente solidaria, a otro regido hegemónicamente por preceptos individualistas y mercantilizados, comandado por la instauración de las ISAPRE en la administración de las cotizaciones previsionales. En palabras de la autora, lo anterior implica un quiebre histórico, a partir del cual se privilegia y fortalece el sector privado por sobre el público.

“Al quedar instituido el nuevo modelo a inicio de los ochenta, el Sistema de Salud se habrá de caracterizar, en adelante, por una relación inversa a la preexistente entre lo público y lo privado, en privilegio de este último, que habrá de permanecer hasta el final del régimen militar sin modificaciones estructurales hasta la actualidad” (Tetelboin, 2003, pp. 4).

Así, con la reorganización del Sistema Sanitario se liberalizó una de las principales fuentes de recursos del país, para incorporar al mercado un campo que históricamente había sido protegido por el Estado, y que se ha mostrado extraordinariamente rentable para los intereses del capital nacional e internacional.

En relación con la profesión médica, la reconversión neoliberal del Sistema de Salud determinó un punto de inflexión en el ejercicio de la medicina liberal, caracterizado fuertemente por el control del médico sobre los procesos de trabajo. Este se llevaba a cabo en sus consultas particulares, y las remuneraciones de los profesionales eran otorgadas íntegramente por el paciente según su capacidad de pago. En adelante, las nuevas condiciones del Sistema de Salud tienden a diluir esta forma de trabajo, vinculando

progresivamente el quehacer de los médicos en torno a las nuevas instituciones privadas que operan en el sistema.

“Sólo a partir de las ISAPRE, se introduce una racionalidad de acumulación, donde el proceso médico deja de ser dirigido por los médicos o el personal de salud, y se constituye en lo que podría llamarse una actividad empresarial con fines de capitalización, dirigida frecuentemente por una lógica económica y por economistas de la salud, con una racionalidad costo eficiente por sobre la eficacia, y con un sentido individualizado más que salubrista, colectivo y social” (Tetelboin, 2003, pp. 227).

Tal como menciona la autora, a partir de la instauración de las ISAPRE, la actividad profesional de los médicos se vuelca hacia el ámbito empresarial, regido por criterios puramente económicos, y con una racionalidad lucrativa que corroe el sentido médico-salubrista

2.2.- Los aportes desde la teoría de Pierre Bourdieu

A continuación nos centraremos en la teoría de los Campos Sociales de Bourdieu, profundizando en los aspectos que nos merecen mayor atención en relación a la profesión médica. Esta sección de la tesis corresponde a lo que Sautu et al., (2005) denominaron Teoría general. Como se desprende del planteamiento de estos autores, este nivel analítico implica denotar el lugar que tienen las personas en el desarrollo de la vida social. Por ello, nos focalizaremos en la dinámica estructura-agencia, y su salida a la luz de la perspectiva Bourdierana.

Esta es una de las problemáticas teóricas de mayor relevancia para las Ciencias Sociales. Así lo ha visualizado Archer (2009), al reflexionar sobre los lineamientos que se han mostrado como posibles soluciones. Argumenta que la forma más común de enfrentar el problema estructura-agencia ha sido el “Conflacionismo”, en el cual las teorías sociológicas han superpuesto un dominio por sobre otro, en su objetivo de explicar lo social. La autora reconoce tres tipos de conflacionismos; el ascendente, que considera a la acción como el nivel determinante de la estructura; el descendente, que vincula a las estructura sociales como el factor explicativo de la acción; y el central que pretende integrar ambos dominios, desdibujándolos en el surgimiento de uno nuevo (Archer, 2009).

De acuerdo a lo planteado por Aguilar (2008), la teoría de Bourdieu se ubicaría dentro del conflacionismo central, al incluir ambas aristas en el concepto de “habitus”. Es necesario advertir que con este concepto, tanto estructura y agencia siguen teniendo importancia, pues ambas contienen una parte de la explicación de la naturaleza de la acción social. Es decir, no se eliminan, sino que se complementan. De este modo, el habitus se configura en un concepto mediador entre el peso de la estructura y las motivaciones de la agencia.

“...sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin...” (Bourdieu, 2007a, pp. 86).

Bajo la concepción de que las prácticas que realizan los agentes pueden ser leídas como manifestaciones derivadas de la estructura, pero a la vez como intentos por influir en ella, entendemos que en el transcurso del planteamiento de Bourdieu los agentes implementan “estrategias” en el juego social. Es decir, los agentes no acatan completamente las disposiciones que establece la estructura social, ni tampoco siguen una racionalidad consciente y preestablecida. Más bien se mueven dentro de un campo de acción en función de un “sentido práctico”, adquirido mediante las disposiciones que influyen y responden a la estructura. Este esquema es aplicado por Bourdieu en el análisis de los ritos matrimoniales de una sociedad africana de la siguiente manera:

“Ella [la estrategia], es producto del sentido práctico como sentido del juego, de un juego social particular, históricamente definido, que se adquiere desde la infancia al participar en actividades sociales en el caso de kabília, y sin duda, en otras partes, en los juegos infantiles. El buen jugador, que es en cierto modo el juego hecho hombre, hace a cada instante lo que hay que hacer, lo que demanda y exige el juego” (Bourdieu, 2007b, pág.70).

En estos términos, el sentido práctico es concebido aludiendo a un instinto socialmente construido (Bourdieu, 2007c). Una orientación que le permite al agente participar de la vida social; poner en práctica sus decisiones en el momento, circunstancias y entorno más apropiado. Es decir, indica qué hacer en cada escenario en el que se encuentra el agente.

Ahora bien, es claro que esta capacidad está determinada en gran medida por los capitales que poseen los agentes, por lo cual se encuentra desigualmente distribuido según su posición particular y específica dentro de un espacio social. Ello nos lleva a definir este escenario como un “campo social”. Es decir, como el conjunto de relaciones entre las posiciones que tienen los agentes, objetivadas tanto en la estructura como en la agencia. De esta forma, un campo corresponde a un “entramado de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones...” (Bourdieu & Wacquant, 2005, pp. 150).

Un aspecto central en la constitución de los campos sociales es que su arquitectura no está determinada autónomamente, ni tampoco de forma neutral. En efecto, la composición de los campos sociales responde a la correlación de fuerzas entre los agentes internos y externos del propio campo. No es en absoluto un espacio simétrico, en él se disputa el posicionamiento dentro del sistema de disposiciones. Consecuentemente, un campo social consiste entonces en un “... un sistema de líneas de fuerza: esto es, los agentes o sistemas de agentes que forman parte de él pueden describirse como fuerzas que, al surgir, se oponen y se agregan, confiriéndole su estructura específica en un momento dado del tiempo” (Bourdieu, 2002, pp. 9).

Las disputas que los agentes establecen dentro de un campo social tienen como antecedente el capital que éstos disponen en un momento determinado. Los capitales son entendidos como un “trabajo acumulado”, incluyendo elementos físicos e inmateriales.

Bourdieu (2000) identifica tres vertientes del capital; el económico, el cultural y el social. El primero se relaciona con los recursos financieros, plasmados en el dinero o en derechos de propiedad. El capital cultural corresponde a las disposiciones duraderas de los agentes que conllevan un período largo para que sean internalizadas (por ejemplo el idioma), así como bienes objetivados (libros y/o materiales). Otro tipo de capital cultural también corresponde a aquel que se encuentra institucionalizado, por ejemplo los títulos académicos. El capital social indica las redes en las que el agente se vincula, las que tienen la cualidad de potenciar el capital económico y social.

A partir de su inequitativa distribución, los agentes tienen la posibilidad de buscar nuevos capitales o aumentar los que ya disponen para mejorar la posición que están teniendo en un campo social. Poniendo en diálogo este esquema teórico con la recomposición del Campo Profesional de los médicos, surgen interrogantes en relación al vínculo entre las nuevas disposiciones que ha tenido la actual Reforma de Salud AUGE-GES (a nivel estructural), las respuestas de los agentes (a nivel de las prácticas), y la orientación que están guiando estas prácticas (a nivel del sentido práctico).

En relación a estas dimensiones del Campo Profesional, hipotetizamos que los médicos en virtud de su amplia posesión de capitales, han hecho un uso estratégico de la normativa implementada por la actual Reforma de Salud AUGE-GES, para reposicionarse dentro de este campo y negociar mejores privilegios con otros agentes a fines.

2.3.- La Sociología de las Profesiones y la temática médica

El siguiente acápite constituye el nivel analítico más extenso de la investigación, por la amplitud de elementos que debemos considerar. Aquí situaremos la problemática analizada como parte de la Sociología de las Profesiones, para lo cual expondremos las principales perspectivas sociológicas en torno a la temática profesional, y profundizaremos en el enfoque de las profesiones dentro de las relaciones de poder. Abordaremos el tratamiento sociológico que se ha efectuado en torno a la profesión médica, y especificaremos en algunos puntos substanciales del entorno médico en Chile.

2.3.1.- Origen y desarrollo teórico de las profesiones

Siguiendo las proposiciones de Aguayo (2006), las profesiones contemporáneas se han visto afectadas por la cientificidad propia de las sociedades modernas al ser influenciadas por los modelos de racionalidad técnica predominante, descuidando sus implicancias ético-políticas, silenciando así el lenguaje construido en la vida cotidiana del ejercicio profesional. En el trabajo de esta autora, la conformación de una teoría de las profesiones se ha nutrido de los aportes de los clásicos de la disciplina sociológica; Durkheim, Weber y Marx (Aguayo, 2006).

En el caso de Durkheim (1995), la emergencia de la solidaridad orgánica implica que las profesiones actúen como un “grupo intermedio” que asegure la cohesión social, mediando la relación individuo-Estado, a través de la regulación de la función jurídica, asistencial, educacional y de sociabilidad. Desde Weber (1966), es posible situar a las profesiones como parte de su teoría de la estructuración, pues conforman “estamentos

sociales”, articulados según el estatus que la sociedad le otorga, compartiendo valores y un estilo de vida. Por otra parte, Aguayo (2006) interpreta los escritos de Marx en relación con las profesiones y su encuadre en las contradicciones de clase. A partir de esta conexión, las profesiones se conciben como parte de la estructura de dominación de la burguesía en términos del enmascaramiento de la realidad y justificación de las relaciones de poder.

Durante el siglo XX, la conceptualización sociológica de las profesiones ha estado sujeta a una permanente discusión relativa al posicionamiento que tienen estos grupos en la estructura social (Freidson, 2001). En grandes líneas, el debate se ha orientado a indagar en las diferencias entre las profesiones y las ocupaciones, el tránsito desde una configuración a otra, o en los factores que inciden en que ciertas colectividades demanden su pertenencia a uno u otro concepto. Así también lo ha observado Fernández (2001), para quién el concepto de profesión ha respondido al grado de desarrollo en el que se encuentra una determinada sociedad. Enmarcadas en la especificación y diversificación del trabajo surgidas en las sociedades industriales, este autor propone definir a una profesión como un tipo particular de ocupación, que se basa en el monopolio de determinadas actividades laborales.

“Una actividad permanente que sirve de medio de vida y que determina el ingreso de un grupo profesional determinado...una profesión es una ocupación que monopoliza una serie de actividades privadas sobre la base de un gran acervo de conocimiento abstracto, que permite a quién lo desempeña una considerable libertad de acción con importantes consecuencias sociales” (Fernández, 2001, pp. 24).

Autores que se han centrado en la temática profesional han sido Carr-Saunders & Wilson (1933), quienes han señalado que el proceso de secularización ha dado cabida para que las profesiones se liberen de la tutela que la Iglesia ejercía durante la Edad Media. En este transcurso, la autonomía respecto al Estado ha sido el factor primordial de la legitimidad de las profesiones. Para estos autores, una ocupación es considerada como profesión en la medida de que es el resultado de una formación controlada, se somete a reglas y normas de conducta (tanto entre los miembros y no miembros), y se adhiere a una ética de servicio social. Desde otra óptica, para Dingwall & Lewis (1985) las profesiones actuales tienen una dimensión simbólica en continuidad con lo grupos profesionales característicos de la Edad Media. En estos términos, las profesiones se caracterizan por ser un grupo de individuos, que en la ejecución de una disciplina se adhieren a patrones éticos establecidos independientemente, que son aceptados por la sociedad en tanto poseedores de un conocimiento experto, fruto de un período amplio de formación y entrenamiento de alto nivel, que los faculta para ofrecer un determinado servicio a la comunidad.

En el trabajo de Cleaves (1985), se sostiene que las profesiones son ocupaciones que necesitan de un conocimiento especializado, una preparación educativa exigente, control sobre las disposiciones del trabajo, organización propia, autorregulación, altruismo, espíritu de servicio a la comunidad, y elevado comportamiento ético. Para este autor, estas características conllevan la posibilidad de que el individuo haga una carrera en el seno de la profesión, en la cual puede robustecer los conocimientos de que dispone.

En América Latina la sistematización sociológica en torno a las profesiones ha sido secundaria, pues la temática ha estado subordinada a los ámbitos de la sociología de las organizaciones y de la sociología del trabajo. Esto ha dejado un reducido espacio para el análisis del mundo profesional como un área que si bien tiene conexiones con estos dominios, debe ser pensada dentro de un campo teórico independiente, para así denotar sus particularidades, tensiones y contradicciones (Panaia, 2007; Ballesteros, 2007). Esta falta de delimitación teórica ha repercutido en que la profesión sea un concepto sujeto a múltiples definiciones y perspectivas. A continuación se da cuenta de cómo éstas han sido incorporadas por la sociología.

2.3.2.- Las Profesiones bajo el Funcionalismo e Interaccionismo

En el transcurso del debate sociológico en torno a las profesiones han estado presente principalmente dos enfoques teóricos. Tal como señala Urteaga (2008), éstos han sido el Funcionalismo y el Interaccionismo. A continuación expondremos los supuestos e implicancias de cada uno de ellos.

El funcionalismo ha recogido tanto las teorías de Durkheim (1995) como las de Weber (1966) y su principal expositor es Parsons (1999), para quién el profesionalismo ocupa un lugar central en el análisis del control social. Bajo este esquema, las profesiones poseen legitimidad social en la medida en que tienen una base de estudios científicos que les proporciona reconocimiento universal. Su autoridad radica en el dominio técnico sobre un área de conocimiento específico, lo cual implica que el cliente debe limitar sus atribuciones y confiar en las destrezas del profesional respectivo. Además, la neutralidad afectiva es un elemento característico del profesionalismo, que contrasta con otras instituciones sociales como la familia o la religión.

El enfoque funcionalista de las profesiones es aplicado en el estudio de la práctica médica en la sociedad estadounidense. En ella, se denota que la función de la relación médico-paciente apunta a la reproducción de la estructura y al fortalecimiento del control social, al ser una interacción social mediatizada por roles institucionalizados, es decir, por las expectativas sociales que se tienen de la conducta de los actores, a partir de pautas de valor generadas en el sistema socio-cultural (Parsons, 1999). En este sentido, el rol del médico considera: competencias técnicas de alto nivel, especificidad en su quehacer, neutralidad afectiva que le permite la efectividad del diagnóstico y del tratamiento, además de orientación hacia el bienestar del paciente por sobre los intereses comerciales. Consecuentemente, se orienta a reconocer la enfermedad del paciente, ayudarlo a curarse haciendo sus mayores esfuerzos, y cooperar con el paciente para favorecer su curación. Por su parte, el rol del enfermo tiende a la obligatoriedad del reposo, reconocer que debe buscar ayuda, aceptar que su enfermedad es un estado indeseable, y conservar su sinceridad y obediencia hacia el médico.

Dentro del esquema funcionalista, Wilensky (1964) ha indagado en lo que denomina proceso de "profesionalización". Según el autor, deben concluirse cinco etapas para que una ocupación llegue a ser considerada una profesión propiamente tal. Primero, una actividad

debe ser ejercida a tiempo completo por el individuo. Luego de ello, se crean escuelas de adiestramiento buscando optimizar la formación en torno a un cuerpo de conocimiento específico de la materia. En tercer lugar, se constituyen asociaciones profesionales que definen el perfil de los profesionales y conforman su identidad. Consiguientemente, la ocupación es reglamentada, definiendo el área profesional sobre la que le corresponde actuar y asegurando el monopolio de la competencia. Finalmente, se crea un código de ética que fija las normas y reglas para actuar en el área profesional (Wilensky, 1964). Estos elementos restringen el concepto de profesión, vinculándolo exclusivamente con la formación universitaria, ya que es un espacio donde las profesiones obtienen una mayor legitimación social.

Posteriormente, el enfoque funcionalista ha desarrollado conceptos sustentados en las investigaciones de Merton, Reader & Kendall (1957), quienes postulan que los estudiantes de medicina durante su formación universitaria no sólo adquieren los conocimientos técnicos propios del quehacer tradicional, sino también dispositivos normativos entre los que se encuentran los valores y normas que servirán de base para el futuro modo de vida profesional. En este sentido, se ha documentado que la cultura asimilada por el estudiante durante su carrera universitaria está influenciada por el tipo de relación estudiante-facultad. Bloom (1965) observó que en las escuelas de medicina donde existe una fuerte barrera entre la institución y los estudiantes, se genera una atmósfera en la que estos últimos se sienten constantemente a prueba y superando diferentes obstáculos, conformando una “sociedad secreta”. En ella organizan un submundo dentro de la escuela, actuando calculadamente para mantener su calidad de estudiante, para lo cual presentan públicamente una faceta de colaboración institucional, reservando sus opiniones críticas al ámbito privado.

La segunda corriente que ha reformulado conceptualmente el ámbito de las profesiones es el Interaccionismo Simbólico. El principal exponente en torno a la temática de las profesiones es Hugues (1992), quien aborda a las profesiones bajo dos principios; las distingue como un proceso de rearticulación biográfica e identitaria, y a la vez como promotor de la conformación de grupos profesionales con un orden interno que tienden a controlar un territorio y a protegerse de la competencia (Hugues, 1992). Con esto se desprende la noción de “carrera profesional”, entendiéndola como un ciclo biográfico en el cual se construyen identidades, a partir de los sucesos que marcan la entrada, evolución y retiro de la actividad laboral. Bajo esta concepción, se observa una relación de interdependencia entre las dinámicas grupales, que dependen de las trayectorias biográficas individuales, y estas últimas que están influenciadas por el grupo.

Siempre bajo el paraguas teórico del Interaccionismo, Strauss (1992) ha descrito el concepto de “segmentación profesional”, para demostrar que una profesión es también una comunidad atravesada por conflictos de intereses, que se conforma a partir de un conglomerado de segmentos en competencia y en reestructuración continua, incluso respecto a la definición misma de las competencias profesionales. Junto con reconocer la existencia de fuerzas contrapuestas al interior de la profesión, este autor menciona que se

producen acuerdos entre los segmentos profesionales, en lo que define como un “orden negociado”, aludiendo a los espacios laborales en los que se produce una negociación permanente de las reglas informales que circundan la actividad profesional (Strauss, 1992). Para ello expone especialmente el caso de la medicina, en donde el Hospital se convierte en la institución por excelencia de renegociación de las acciones profesionales entre los segmentos internos, incluyendo también a los enfermos y sus familiares.

En el Interaccionismo también se han visualizando las relaciones entre saber-poder que representan las instituciones del profesionalismo. Freidson (1986) considera a estas instituciones como sistemas de coacción, regulación y prestigio que aseguran la institucionalización del saber formal en la sociedad, escondiendo tras de sí acciones que apuntan al “control de la demanda”. Es decir, tienen la capacidad de convencimiento de que sólo algunos profesionales son capaces de responder a las necesidades que ellos mismos contribuyen a definir socialmente (Freidson, 1986). Para ello, restringen el acceso a la profesión para proteger la exclusividad de un ámbito.

El proceso a través del cual un grupo profesional llega a obtener el reconocimiento jurídico, por un período particular de tiempo, de su competencia ante la solución de un problema social de gran envergadura por sobre las habilidades de otros grupos de profesionales adversarios, ha sido estudiado a la luz de las “dinámicas de reconocimiento del peritaje” (Abbott, 1988). Esto supone la comprensión de tres actividades: diagnóstico, inferencia y tratamiento. Los profesionales tratan de descubrir modos de resolución a los problemas con el soporte de las innovaciones tecnológicas, compitiendo por el monopolio de la pertinencia, implementando estrategias para el reconocimiento por parte de los clientes y del Estado.

2.3.3.- Complejidad y acción profesional

Retomando el trabajo de Urteaga (2008), es posible sostener una crítica a las teorías derivadas tanto del esquema Funcionalista como del Interaccionista en relación a las profesiones. Esta crítica apunta a que ambas perspectivas abordan la temática profesional de forma parcial y unidimensional, siendo insuficientes para abarcar la complejidad de la realidad empírica. Por una parte, el Funcionalismo plantea una definición objetiva de las profesiones basada en los cinco criterios señalados, pone énfasis en la unidad del grupo profesional, y concibe a las profesiones como un fenómeno estable. A su vez, el Interaccionismo introduce una dimensión subjetiva con el concepto de carreras profesionales, concibe al grupo profesional como un agregado de segmentos diferenciados, y enfatiza los cambios del orden negociado.

“... las teorías clásicas ofrecen una visión parcial de las profesiones...El funcionalismo da una definición objetiva de la profesión...se empeña en demostrar cómo los grupos profesionales pasan, a lo largo de un proceso histórico, de ser ocupaciones a ser profesiones. Por el contrario, el interaccionista privilegia una definición ante todo subjetiva de los grupos profesionales y rechaza el concepto de profesión” (Urteaga, 2008, pp. 185).

A partir de estas constataciones, Urteaga (2008) ha propuesto estudiar a las profesiones a la luz de los aportes efectuados por la teoría de la complejidad, bajo el supuesto de que éstos paradigmas teóricos son complementarios y deben integrarse conceptualmente estableciendo puntos en común, para así superar la parcialidad del análisis tradicional. De aquí que su concepción de la acción profesional admite el peso que tiene la estructura del grupo al que se pertenece profesionalmente, pero reconociendo que la socialización nunca es completa, y que por lo tanto el individuo no se compromete plenamente con sus roles, dejando espacios para “zonas de incertidumbre” en el comportamiento del profesional.

En consecuencia, argumenta que la acción profesional es de carácter plural, reflexiva, intersubjetiva y situada, validando la existencia de múltiples tendencias en el análisis de las profesiones, que pueden no siempre conducirse en una misma dirección. Menciona la lógica de la integración, competición, subjetivación y dominación (Urteaga, 2008). En la primera, el profesional interioriza los valores institucionalizados a través de los roles, haciendo suyas las expectativas de los demás y transformándolas en elementos naturales de su desempeño. Por su parte, la competición emerge de la extensión del mercado a las demás dimensiones del quehacer laboral; el profesional se define por su estatus y tiene la capacidad de influenciar a sus colegas gracias a los recursos de que dispone en virtud de su posición en el mercado, es decir, en cuanto a la posesión de los medios de producción.

La subjetivación se refiere a la capacidad crítica del profesional para reflexionar en torno a su actividad, pudiendo incluso oponerse a las estrategias adoptadas por el resto de los miembros de la profesión, aunque estas últimas se encuentren validadas en el entorno socio-cultural. En contraste, la lógica de dominación apunta al mantenimiento de la relación entre dominantes y dominadores dentro de una profesión, bajo la cual se reproduce una distribución de recursos (económicos, políticos, culturales y sociales) que siempre es diferencial e inequitativa entre los miembros de la profesión (Urteaga, 2008). Esta lógica puede conducir al conflicto interno o también a la alienación del individuo respecto al grupo, manifestándose en el caso de la profesión médica en estigmatización por sexo, edad, o incluso la nacionalidad de los médicos.

En consideración a lo anterior, el autor argumenta la necesidad de indagar en el mundo de las profesiones teniendo presente cuatro dimensiones del fenómeno. I.- como sistema de integración; toda profesión se caracterizaría por la adhesión de sus miembros a los valores que aseguran la cohesión del grupo y que son el producto de la socialización del período formativo, por lo cual el individuo aspira a integrarse a la profesión porque ésta le confiere identidad, reconocimiento e interacciones reguladas. II.- como sistema de interdependencia, en el cual los individuos son autónomos y actúan racionalmente aprovechando las oportunidades que les brinda el entorno. III.- como sistema de representación, puesto que el profesional puede constituirse como un sujeto crítico de la colectividad, manteniendo una distancia hacia ella e incluso hacia los directivos que les imponen una determinada línea editorial. IV.- Finalmente, como sistema de relación

profesional, en el cual los individuos se organizan colectivamente para defender intereses comunes (Urteaga, 2008).

2.3.4.- Las profesiones en las relaciones de poder

Considerando la parcialidad de las corrientes sociológicas tradicionales en relación a las profesiones, es necesario puntualizar que la perspectiva desde la cual analizaremos el objeto estudiado en la presente investigación emerge como un esquema alternativo. Este corresponde al enfoque de las relaciones de poder, para lo cual adoptaremos el trabajo del sociólogo chileno Gyarmati et al., (1984). Este autor sitúa a las profesiones como parte de un problema mayor, inscrito en los múltiples cambios que ha conllevado la evolución de las sociedades contemporáneas. Concretamente, el cambio señalado dice relación con la redefinición de las élites, a consecuencia de una mutación en la forma en la que éstas acceden al conocimiento que tradicionalmente han detentado.

Los grupos sociales que poseen el conocimiento experto son analizados a la luz de las "élites del conocimiento". En esta categoría identifican a los intelectuales, que conjugan la descripción de la realidad con la interpretación de la misma en función de los valores que la sociedad considera fundamentales. Por otra parte, a los científicos, como un grupo dotado de las capacidades para la aplicación del método científico, y finalmente a las profesiones como un grupo intermedio entre ambos (Gyarmati et al., 1984). Argumentan que constituyen este grupo intermedio porque tienen la exclusividad de la aplicación de la ciencia a problemas específicos.

Al visualizar a las profesiones como una colectividad organizada, es evidente que desempeñan también una función eminentemente social; condicionan la existencia de los individuos, puesto que apoyadas en el estatus social que se les atribuye, ejercen una influencia preponderante en las definiciones que socialmente se construyen acerca de un determinado tópico. Ejemplo de aquello es el rol que tienen los abogados sobre lo que la sociedad considera "justo" e "injusto", los médicos sobre lo que se define como "sano" o "enfermo", o el peso que tienen los ingenieros sobre la indicación de una acción económicamente "rentable". En el trasfondo de esta función propiamente social, se encuentra la concepción de las profesiones como una fuerza que crea cultura y formula ideología (Gyarmati et al., 1984).

El común de los análisis en torno a las profesiones apela por la existencia de un conjunto de características definitorias que las hace cualitativamente diferentes de las ocupaciones. Desde el trabajo realizado por estos autores (Carr-Saunders & Wilson, 1933; Goode, 1957; Greenwood, 1957), es posible identificar sintéticamente que éstas son: la realización de actividades esenciales para el bien común, un espíritu de servicio, la formulación de un código ético, un período extenso de estudios para la adquisición de conocimientos teóricos, el monopolio para ofrecer ciertos servicios, autonomía en su desempeño, una subcultura propia, elevado prestigio y la obtención de remuneraciones mayores al promedio de la población.

Bajo el supuesto de que las profesiones cumplen con estos preceptos, la autonomía es la principal prerrogativa que la sociedad entrega a las profesiones. Esto tiene como premisas el hecho de que éstas poseen conocimientos complejos y son guiadas por un reglamento ético, que sumado a la vocación de servicio evitan que se comenten abusos por parte de los miembros de la profesión hacia la sociedad en general. La crítica que efectúan Gyarmati et al., (1984) a esta argumentación apunta a que sus premisas son sólo parcialmente verdaderas. A saber, el espíritu de servicio se ve amenazado puesto que los mecanismos de selección de la profesión no contemplan las motivaciones del aspirante ni su sentido vocacional. Por otra parte, se observaban “lealtades divididas” cuando los intereses de la institución empleadora de los profesionales no coincide con los de sus clientes. También manifiestan que la regulación que ejercen las normas éticas sobre la conducta del profesional se contradice con el principio de autonomía. En cuanto a la premisa de los conocimientos adquiridos, plantean que hay un divorcio entre los conocimientos alcanzados y los que se utilizan concretamente.

En consecuencia, el enfoque de las relaciones de poder se centra en la negociación política entre las “profesiones” y las llamadas “élites estratégicas” (Gyarmati et al., 1984). Estas últimas corresponden a los actores sociales que detentan cuotas importantes de poder; son los grupos que controlan los aparatos del Estado y las principales instituciones económicas, políticas y culturales. La interacción entre las élites estratégicas y las profesiones se desarrolla en función de su inserción en el sistema económico, el poder relativo que tienen, y sus intereses particulares. Se trata de una negociación que trasciende los aspectos técnicos, puesto que las profesiones no sólo se adaptan a las necesidades sociales que le son solicitadas, sino que moldean progresivamente el contexto en el cual se insertan de acuerdo a su propia visión y aspiraciones. Por último, señala que las normas éticas que las profesiones defienden están investidas de mitos que son utilizados para aumentar la posición que tienen con respecto a las élites estratégicas.

Siguiendo el análisis de los autores, el enfoque de las relaciones de poder no ha profundizado en una problemática central en términos de la negociación política que las profesiones establecen con las élites estratégicas; a saber, por qué éstas ceden parte del control sobre amplios sectores de la arena económica, política y social, entregando prerrogativas como la autonomía y el monopolio a ciertas profesiones. Los autores abordan esta interrogante proponiendo el concepto de “Situs”, refiriéndose a la forma de distribución y estructuración de los conocimientos entre diferentes ocupaciones, vinculadas en un eje horizontal a través de áreas de actividad, y en un eje vertical por estratos jerárquicos (Gyarmati et al., 1984).

La principal característica del Situs es su asimetría; se comanda por una profesión que posee los conocimientos que se estiman indispensables; la medicina en el caso de la salud, la abogacía en el caso del derecho, la arquitectura en el caso de la construcción, entre otras. En la base se encuentran las denominadas “ocupaciones complementarias” que tienen conocimientos parciales para realizar funciones restringidas (Gyarmati et al., 1984). De esta

forma, el estatus profesional no depende de las características de una determinada ocupación, sino más bien de su relación con el resto de las ocupaciones de un Sítus.

El objetivo del Sítus es asegurar la eficiencia de las actividades que en él se desarrollan. Para ello, las profesiones asumen la coordinación de todos los grupos ocupacionales; de sus procesos de enseñanza, de la normatividad ética, de la relación entre las profesiones y ocupaciones complementarias de otros Sítus, así como de la responsabilidad ante cualquier problema. Así, a partir de la industrialización, el objetivo de las élites estratégicas se centró en lograr mejores condiciones de vida para la población, para lo cual las profesiones se han convertido en valiosos aliados, por lo cual han consolidado sus facultades.

“En virtud de la posesión de la totalidad de conocimientos, las profesiones están capacitadas para asegurar la eficiencia de los Sítus respectivos. Para poder hacerlo, ellas deben asumir la responsabilidad por la orientación y el control de todas las ocupaciones complementarias del Sítus, y no sólo de su propio quehacer. La negociación consiste en establecer prerrogativas que las élites económicas y políticas están dispuestas a otorgar a las profesiones a cambio de la eficiencia del Sítus” (Gyarmati et al., 1984, pp. 69).

En esta negociación, las profesiones amplían su poder en tres puntos substanciales; autonomía, monopolio y autoridad (Gyarmati et al., 1984). La primera alude a la capacidad de las profesiones para autorregularse en el marco de la legislación del país, permitiendo que definan pautas de selección, preparación y certificación, elijan a representantes propios, limiten campos de acción e impongan normas éticas y sanciones según cada caso. El monopolio se basa en la influencia que ejercen sobre la oferta del bien o servicio que otorgan, principalmente en lo relativo a la fijación de los precios y aranceles mínimos. Esto se aprecia con nitidez en el hecho de que las profesiones generalmente participan de la administración de las instituciones educativas, lo que les permite restringir el número de centros y cupos que se entregan a los aspirantes para limitar la competencia entre los colegas. Por último, la autoridad conlleva la relación desigual entre las profesiones y las ocupaciones complementarias, que faculta a las primeras para intervenir en la organización y reglamentación de las segundas, pero castiga cuando éstas pretenden cuestionar a las primeras.

Las anteriores son facultades que las élites estratégicas otorgan a las profesiones en función de las relaciones de poder que se entretienen entre ambos grupos. En este proceso de negociación y persuasión política, las profesiones adquieren ciertos rasgos según el poder que detentan en un período determinado. Estos rasgos son denominados “características concomitantes”; por una parte, la cultura e identidad profesional, y por otra, la relación entre el prestigio y el ingreso económico (Gyarmati et al., 1984). La cultura profesional contiene, además de contenidos teóricos, un conjunto de valores, normas y aspiraciones que forman un estereotipo sobre los miembros de la profesión, que hace que éstos se sientan fuertemente identificados con el grupo de referencia que conforman. Incluye símbolos rituales que se interiorizan durante la educación, lo cual contempla no sólo la adquisición de nuevas pautas, sino el reemplazo de otras que el sujeto tenía previamente. La

cultura profesional potencia la autonomía de las profesiones, puesto que les facilita actuar organizadamente en post de objetivos comunes. El prestigio se refiere a la admiración con que se percibe el desempeño de los profesionales. Socialmente se concibe a las profesiones con mayores rentas como depositarias de más prestigio, por lo cual los profesionales se ven orientados a aumentar sus ingresos, pero sin corromper su sentido vocacional. Así, recurren al monopolio profesional para obtener mejores sueldos, mediante la restricción del ingreso, la fijación de aranceles mínimos y la exclusividad de ciertas tareas (Gyarmati et al., 1984).

Desde la perspectiva de los autores, se entiende a las profesiones en dos ámbitos. Dentro de la Economía Política, puesto que las profesiones intentan justificar aranceles mínimos basándose en su dignidad profesional. Sin embargo, las diferencias económicas hacen que éstos aranceles sean accesibles únicamente para las élites estratégicas, generando que el trabajo de los profesionales se focalice en este grupo minoritario, restringiendo su contacto con gran parte de la población. De esto permite concluir que las profesiones, por una parte, se insertan en los sistemas socioeconómicos imperantes, y por otra, influyen en el contexto y lo moldean.

Por último, para Gyarmati et al., (1984), las profesiones juegan un rol activo la construcción social de la realidad, tal como ha sido esbozada por Berger & Luckmann (2008), en cuanto proceso social que conlleva la legitimación del orden social y la justificación de las desigualdades que éste acarrea. A partir de ello, las profesiones actúan como “actores definidores” de la realidad socialmente percibida, especialmente en lo relativo al surgimiento y consolidación de las ideologías, y de la hegemonía dominante. En estos términos, las profesiones extienden su influencia en variados ámbitos del quehacer social, incluyendo la cosmovisión de la comunidad y promoviendo determinados modelos generales de sociedad. Poseen la ventaja de que el valor técnico de sus planteamientos les permite definir el interés público y asumir el rol de representante e intérprete de las necesidades sociales. Además, el argumentar una visión coherente de la sociedad les reporta la adhesión del resto de las élites del conocimiento.

2.3.5.- Principales rasgos de la medicina moderna

En este apartado profundizaremos en las particulares que posee la profesión médica como objeto de la reflexión sociológica. En este sentido, un primer elemento relevante es que al observar la evolución socio-histórica de la medicina, es notorio que ésta ha tenido una posición privilegiada, desde las comunidades primitivas hasta los tiempos modernos. Así lo ha señalado Sigerist (2008) al indagar en la historia de la medicina universal³¹, de la cual concluye que los rasgos particulares de la profesión varían según las épocas, en función de la valoración social de la salud y de la enfermedad.

³¹ Es relevante destacar que en la obra de Sigerist (2008), la exposición de la evolución socio-histórica de la medicina se limita a las sociedades occidentales. Por lo tanto, se omite cualquier alusión a las características de la profesión médica en medio oriente, la cultura asiática o los países árabes. Para este autor, en las sociedades primitivas la enfermedad tenían una explicación religiosa, por lo tanto el médico era a la vez sacerdote y brujo. En la civilización greco-romana, la labor del médico estaba dirigida hacia un aspecto central de esta época: la adoración de la perfección y la sanidad. Durante la edad media, la iglesia tuvo una injerencia importante sobre los médicos, pues consideraba que los enfermos participaban de la gracia de Dios. Por ello, estableció que es deber

Una visión crítica a la medicina moderna ha sido formulada a mediados del siglo XX por el intelectual francés Michel Foucault (1976), a partir de la constatación de que los avances tecnológicos y la implementación de seguros sociales contra la enfermedad no han mejorado substancialmente la salud de la población, sino más bien han implicado un estancamiento crónico de ella. En consideración a esta contradicción, el autor analiza tres rasgos prototípicos que presenta la medicina moderna; la relación divergente entre su cientificidad y eficacia, la medicalización indefinida, y su nueva vinculación con la economía política (Foucault, 1976).

En primer lugar, la relación divergente entre la cientificidad y la eficacia de la medicina se sitúa en lo que denomina "latrogenia positiva", refiriéndose a los efectos nocivos que contempla la propia intervención médica, dado su carácter racional. En estos términos, el daño de la medicina ya no corresponde a las falencias que acarrió en las sociedades pasadas su carácter mágico o religioso, sino a su fundamento científico actual. Ejemplos de la latrogenia positiva descrita por Foucault, han sido la invención de los antibióticos, y su repercusión en la incapacidad del cuerpo para generar las defensas naturales contra agentes infecciosos. Las manipulaciones genéticas, que pueden conllevar la creación de armas biológicas, y el descubrimiento de técnicas anestésicas de sedación total sin aún la utilización de asepsia, son también pensados como parte de este dilema de la medicina moderna.

El concepto de latrogénesis había sido incorporado a las Ciencias Sociales por Illich (1978), explicando que la institucionalización del sistema sanitario moderno ha resultado maligno para la salud de la población, en la medida que los daños que de él se derivan son superiores a sus beneficios, oscurece las condiciones políticas que hacen insalubre a la sociedad, y expropia al individuo del cuidado de su propio cuerpo y de la capacidad de sanarse por sí mismo. Este autor reconoce tres dimensiones de la latrogénesis; la de tipo clínico, cultural y social (Illich, 1978). La primera es la más conocida y temida por el médico, pues los daños al paciente se derivan directamente de su acción individual, causándole un gran desprestigio. En la latrogénesis cultural, el individuo es despojado de sus creencias y convicciones en relación a la enfermedad y la salud, imponiéndosele un determinado modelo de vivir el dolor y enfrentar la muerte, profundamente occidentalizados. En última instancia, la latrogénesis social implica que el daño al paciente se produce a través del modo socio-político institucional de asistencia médica. Es decir, cuando el cuidado de la salud se convierte en un procedimiento estandarizado dentro de una institución, principalmente al interior del Hospital.

Volviendo sobre Foucault (1976), la medicalización indefinida de la sociedad actual es el segundo elemento constituyente de la medicina moderna. Este proceso se hace patente al rebasar el precepto tradicional de la disciplina - sopesar las necesidades del individuo ante la enfermedad - convirtiéndose en una figura de autoridad que trasciende el tratamiento de la patología. Este desborde se manifiesta en el tratamiento médico de

del enfermo, para no caer en pecado, pedir la ayuda del médico y superar la enfermedad, y es obligación del médico prestar ayuda a todos los tipos de enfermos, incluso a los más invalidados y pobres (Sigerist, 2008).

condiciones que no son enfermedades, tales como la homosexualidad. También en el diagnóstico de enfermedades efectivas, no por la necesidad de los individuos de curarse, sino por intereses ajenos al paciente, tal como queda de manifiesto en la obligatoriedad de exámenes de "screening"³² al postular a un puesto laboral. Cuatro procesos han dado cabida a este desborde de la medicina; el surgimiento de una autoridad médica que toma decisiones sobre aspectos como la distribución urbana, la ampliación del campo de acción hacia esferas como la contaminación o la higiene pública, la introducción de la medicalización colectiva a través de la redefinición de la función del Hospital, y la utilización de mecanismos de administración médica. En palabras de Foucault, la extralimitación de la medicina ha repercutido en que sea una ciencia sin un campo exterior.

"En la situación actual, lo diabólico es que cuando queremos recurrir a un dominio exterior a la medicina hallamos que ya ha sido medicalizado. Y cuando se quiere objetar a la medicina sus deficiencias, sus inconvenientes y sus efectos nocivos esto se hace en nombre de un saber médico más completo, más refinado y difuso...la antimedicina solo puede contraponer a la medicina hechos o proyectos revestidos de cierta forma de medicina" (Foucault, 1976, pp. 163).

El tercer rasgo apunta a una reformulación de la relación que tradicionalmente ha existido entre la medicina y la economía. Esta relación había sido estructurada con el objetivo de que la medicina sanara la enfermedad para asegurar la disposición de la fuerza de trabajo en el mercado. Aquello ha dado cabida a que la medicina se convierta en una actividad que por si sola produce riqueza, en la medida que la salud es tratada como un objeto de consumo; es decir, un deseo para algunos y un lucro para otros. Esta incorporación del cuerpo humano en el mercado acarrea disfuncionalidades, tanto en el Sistema de Salud como en la profesión médica.

"Si esta situación todavía no está bien presente en la conciencia de los consumidores de salud, es decir los asegurados sociales, los médicos la conocen perfectamente. Estos profesionales se dan cada vez más cuenta de que se están convirtiendo en intermediarios casi automáticos entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente, es decir, en simple distribuidores de medicamentos y medicación" (Foucault, 1976, pp. 167).

La disfunción retratada por el autor en la cita anterior se refiere al hecho de que el aumento del consumo médico, a través de consultas, terapias, o medicamentos, no ha ido aparejado con un aumento en el nivel de salud de las comunidades, pues la rentabilidad de la salud y del cuerpo es cooptada por la industria en torno al área, como las cadenas farmacéuticas, clínicas o laboratorios, y no es utilizada en beneficio de los propios enfermos. En este sentido, los médicos están siendo intermediarios entre las instituciones del mercado y las demandas del enfermo.

³² "Screening" es un vocablo de origen inglés. En medicina se utiliza para referirse a todos los exámenes que pretenden diagnosticar anticipadamente alguna enfermedad, con el objetivo de dispensar el tratamiento médico correspondiente. Se espera que los efectos de dicho tratamiento sean menos perjudiciales que los síntomas futuros de la enfermedad.

2.3.6.- Hegemonía, poder y dominio de la profesión médica

Para profundizar en el rol que los médicos están teniendo en el marco del tratamiento de la salud como un objeto de consumo, es necesario incluir en el análisis de nuestro objeto de estudio el tratamiento de la hegemonía, del poder y del dominio médico. Recurrimos a este instrumental conceptual en virtud de la constatación de un hecho aparentemente ambivalente; desde principios del siglo XX la profesión médica comenzó a enfrentarse a la pérdida gradual de su autonomía, pese a lo cual sigue teniendo un alto grado de control sobre el proceso de trabajo en salud. Sostenemos que este fenómeno descansa en la hegemonía que ejerce la profesión médica en la sociedad. De acuerdo con Gyarmati et al., (1984), los intentos por ejercer hegemonía son una tendencia común a todas las profesiones, sin embargo, en la medicina se manifiesta con rasgos distintivos que avalan el hecho de que los médicos mantengan el control de la asistencia en salud. A continuación examinaremos algunos de estos aspectos que nos merecen especial atención.

Siguiendo a Donnangelo (1984), la hegemonía de la profesión médica ha permitido que en el centro de su constitución socio-histórica esté la defensa del ejercicio de la medicina liberal como un intento por contener la pérdida de su autonomía, observada desde finales del siglo XX. Esto ha facultado a que los médicos logren concesiones de naturaleza ética y técnico-científicas. Un ejemplo de estas concesiones es la noción de que el éxito del diagnóstico y del tratamiento depende de una armónica relación médico-paciente, y por lo tanto cualquier opinión exterior se considera una intromisión indebida. La defensa del secreto profesional apunta en igual dirección; la consulta se considera un acto privado que comienza como una confesión, continúa con un exámen y finaliza en la prescripción. Otro caso recae en el “modelo artesanal”³³ de trabajo, que ha sido una bandera de lucha por parte de los más importantes segmentos dentro de la profesión médica. Para Machado (1991), los médicos han defendido la conseción de este tipo de prerrogativas por su estrecha colaboración con las autoridades gubernamentales, que ha tendido hacia el conservadurismo y al mantenimiento del status quo. En tal sentido, la hegemonía médica no sólo se desarrolla en torno a las políticas de salud, sino también en la vida política del país, ampliándose desde la esfera de la salud a movimientos más amplios de la sociedad civil.

En este marco, la constatación común de la literatura en torno a la profesión médica es que ella detenta el control sobre el sistema de trabajo, las decisiones y políticas que giran en torno al sector sanitario (Cockerham, 2002; Coe, 1979; Machado, 1991). Esta característica de la profesión médica no obedece únicamente a la importancia social que se le adjudica por encargarse de una función tan elemental, como el tratamiento de la enfermedad. Según explica Goode (1960), este fenómeno se relaciona más bien con la organización de la profesión, que se basa en un período prolongado de formación en conocimientos teóricos y una orientación hacia el servicio comunitario.

³³ El modelo de trabajo artesanal se caracteriza por la creatividad como motivo primordial de la actividad laboral, por la importancia que tienen los detalles para el trabajador, y ante todo por una organización independiente del trabajo (Mills, 1969).

A lo anterior se suma el gobierno que ejercen los médicos sobre el ámbito de competencia en la atención de salud, que implica el convencimiento, tanto de instituciones externas –entre ellas el Estado-, de los pacientes que son atendidos, y de los propios miembros de la profesión, de que son los médicos quienes de mejor manera se encuentran capacitados para controlar todo lo relacionado con la asistencia sanitaria. Una vez establecido este pilar de la medicina, las características adicionales que asume la profesión son la autodeterminación de sus propios niveles de enseñanza y formación, una socialización rigurosa de los estudiantes, el reconocimiento oficial del ejercicio, la regulación independiente del ingreso, la determinación corporativa de la legislación relacionada con la profesión, la liberación del control por parte de la sociedad en general, y una fuerte identificación de sus miembros con el grupo (Goode, 1960).

Para Cockerham (2002), el dominio de los médicos sobre la asistencia sanitaria se les concede por parte de la sociedad en general, pues la salud está siendo una de las principales preocupaciones para la sociedad moderna. De este postulado se derivan tres implicancias problemáticas que el autor analiza. Primero, se ha constatado que hay actores legos que si bien son exteriores al mundo médico, tienen influencia sobre las decisiones que toman los pacientes en relación a atenderse o no con un determinado médico, o de continuar o no con el tratamiento, cuestión que repercute en que los médicos vean amenazada su autoridad absoluta sobre la atención del paciente. En segundo lugar, hay reglas intrínsecas en la profesión médica que limitan la evaluación del trabajo entre colegas y restringen aún más las críticas ante eventuales negligencias. Este tipo de normas son la base que emplean los médicos para relacionarse mutuamente, en general son respetadas por el temor ante eventuales represalias y por los intereses comunes entre los médicos. En tercer lugar, la autonomía otorgada a la profesión médica supone que esta actúa en consideración al interés común por sobre el bienestar de la profesión, ideal que es corroído por el afán de lucro que muchas veces impulsa la actuación de los médicos.

Visto desde una perspectiva temporal, Freidson (1970) ha postulado su teoría del dominio médico para explicar que desde principios del siglo XX se inició la consolidación del control médico sobre la asistencia sanitaria. Como nunca antes el crecimiento de la industria en torno a la medicina concentraba gran parte de los recursos económicos que poseía la sociedad, los que de alguna u otra manera eran aprovechados por los médicos. Sin embargo, Light (2000) ha observado que si bien la profesión médica a principios del siglo XXI ha mantenido la autonomía que le permite ejercer el dominio sobre la asistencia médica, esta se ha visto mermada pues han emergido “poderes compensatorios”. Estos últimos conviven con el interés de los médicos, haciendo que éstos en muchas ocasiones se encuentren subordinados y vean reducida su influencia en las políticas que se implementan en el sector salud.

Entre estos poderes compensatorios se encuentra el Estado, que cada vez más se interesa por dotar a las atenciones de salud de mayores niveles de eficiencia mediante la contención de los crecientes costos. También las compañías privadas pertenecientes a la industria médica (instituciones aseguradoras y prestadoras de la atención, como por ejemplo

las Clínicas o las ISAPRE para el caso chileno) que buscan utilidades en el sector salud. Y por último los pacientes, que cuestionan cada vez más las decisiones de los médicos, en virtud de la racionalidad costo-eficiencia.

Ahora bien, junto con el dominio del médico sobre el ámbito sanitario, se reproduce también un control interno entre los diferentes grupos de médicos que conforman la profesión. Teniendo en cuenta este supuesto, la estructura de poder de la medicina ha sido descrita por Hall (1948) aludiendo a tres pilares fundamentales en su constitución; el tipo de hospital al que se vinculan los médicos, los pacientes que son atendidos por éste, y sus relaciones internas. De acuerdo con este autor, la posición del médico en la estructura profesional varía en función del prestigio que socialmente se le atribuye, a partir de su situación en estos tres frentes. Por una parte, el trabajar en un hospital que posee gran reconocimiento conforma una insignia distintiva en la trayectoria profesional de los médicos, pues les permite obtener mayores ingresos, rodearse de otros pares con mayor reputación, y poseer ventajas en la postulación a la formación de especialidad, o para el ingreso a determinados círculos académicos. Por su parte, el tipo de pacientes que atiende el profesional también actúa como un sustento de su prestigio. Por ello, en general los médicos prefieren atender a clientes de clases sociales altas, ya que le reporta una mejor difusión de su labor, por lo cual muchas veces promueven su trabajo en estos círculos, manejando las expectativas de los pacientes para que vuelvan a visitarlo. Finalmente, las relaciones entre médicos se basan en una "fraternidad interna" que opera a nivel de las prácticas médicas, en lo relacionado con el reclutamiento de nuevos miembros a la profesión, la asignación de puestos laborales en determinadas instituciones, y en las derivaciones de pacientes desde algunos médicos hacia otros.

Esta fraternidad interna se encuentra dirigida por un "núcleo interior" en la cúspide de la pirámide que estructura la profesión. Con este concepto, Hall (1948), se refiere a los especialistas que ostentan los puestos más importantes en los hospitales, y lo caracteriza como un subgrupo altamente cohesionado, cuya formación y origen social es muy similar, tienen interdependencia técnica y relaciones de trabajo cotidianas, aspectos que promueven la conformación de nexos informales que exceden el ámbito laboral. Todo lo anterior les permite tener el control del proceso de derivación desde un médico al otro, o desde una institución a otra.

2.3.7.- Los médicos ante las Reformas al Sistema de Salud

El dominio de los médicos no solamente se ejerce en este tipo de aspectos, que se encuadran en el ámbito de las prácticas propias de la asistencia sanitaria. Antes bien, los intereses de la profesión también ejercen influencia en el modelamiento de los Sistemas de Salud, a través de las reformas que se aplican a la Institucionalidad Sanitaria. Varios son los autores que han estudiado los factores que inciden en la (de) construcción de los Sistemas de Salud (Immergut, 1995; Larkin, 1988; Frenk & Donabedian, 1987). Todos ellos muestran que el contexto social, político y económico es un elemento primordial, pues puede incentivar o desincentivar el cambio institucional en una determinada dirección. Entre estos factores,

cabe destacar la posición que tienen los grupos médicos; Immergut (1995) visualiza dos tendencias al respecto; por un lado, el hecho de que los Estados sean los principales financiadores y/o compradores de asistencia médica les permite alcanzar una posición de “monopsonio”, por intermedio de la cual determinan los precios y costos de la atención. Por otra parte, los médicos se constituyen en un “Monopolio” por ser los principales proveedores del servicio clínico, lo cual los coloca en una posición desde la cual pueden oponerse al poder estatal y reivindicar la permanencia de mercados privados.

Esta última idea es respaldada por Larkin (1988), para quien el poder médico es la fuerza determinante de los Sistemas de Salud. Este autor considera que la autonomía, soberanía y prestigio son los principales valores defendidos por la profesión médica, conformando un dominio médico socialmente construido y políticamente defendido sobre bases legales. En tal sentido, la búsqueda o mantención de la independencia por parte de los médicos se traduce en que las reformas aplicadas incluyan la exclusividad sobre determinadas áreas laborales, la potestad de conjugar su trabajo con diferentes empleadores, o cuestionamientos a la instauración de mecanismos de regulación en la labor clínica.

Por otra parte, Frenk & Donabedian (1987), argumentan que las diferencias que asumen los Sistemas de Salud responden a “fuerzas internas” que operan a nivel económico, donde la medicina tiene un papel fundamental en aspectos como la estructura del mercado de atención médica, el sistema de representación de intereses a nivel político y las definiciones relativas a la propiedad de los medios de asistencia en salud. A partir de lo anterior, es posible comprender los cursos de acción de las políticas sociales de salud en función del proceso de politización de las propuestas que se presentan.

2.3.8.- La relación médico-paciente

Un tema particularmente estudiado por la Sociología Médica³⁴ ha sido la relación médico-paciente. Por ello, en este acápite nos remitiremos a las características que han sido descritas por la literatura respecto a la interacción entre ambos actores. De acuerdo con Hall (1981), la relación médico-paciente debe crear una atmósfera personalizada para favorecer el deseo del paciente de cumplir con las recomendaciones que estipula el médico, promover su satisfacción con el resultado de la consulta, y facilitar que el médico comprenda el problema del paciente, sea capaz de oírlo con empatía y sin apresurarse en sus conclusiones.

Szasz & Hollender (1956) argumentan que la relación médico-paciente varía según la gravedad de los síntomas de la persona enferma. Por una parte, existe el modelo actividad-pasividad, propio de los casos de urgencias vitales, en donde el médico detenta toda la autoridad para tomar todo tipo de decisiones respecto al paciente. El modelo de orientación-cooperación es típico del tratamiento de enfermedades agudas, pero que no son

³⁴ La Sociología Médica se constituyó en una subdisciplina de la Sociología desde mediados del siglo pasado en los países industriales desarrollados. Principalmente, responde a la necesidad de incorporar las Ciencias Sociales en el estudio de los fenómenos médicos. Las investigaciones en este ámbito han sido sistematizadas por Cockerham (2002) y Coe (1979). En Chile un precursor ha sido el médico y sociólogo Óscar Domínguez (1996).

mortales, en donde el paciente puede colaborar con el médico, cuestión que raramente ocurre. El modelo de participación mutua emerge ante enfermedades crónicas, en las cuales el enfermo tiene una actitud más propositiva ante las indicaciones del médico, puesto que se requiere que cambie su estilo de vida. En estos términos, la relación entre ambos actores responde a una negociación de las acciones terapéuticas.

Al margen de estos contrastes, para Reeder (1972) la relación médico paciente está siendo contaminada por el consumismo propio de las sociedades modernas. Esto implica que el objetivo de la relación médico-paciente, es decir la salud y/o la recuperación de la enfermedad, se piense sobre la base de la racionalidad costo-eficiencia, y se diluyan los aspectos emocionales en torno a la misma. Como consecuencia de ello, hacia fines del siglo XX y comienzos del siglo XXI, los médicos están siendo considerados “proveedores” de la atención y los pacientes “consumidores” de salud. Esta nueva ligazón acentúa la neutralidad valorativa de los actores, haciendo que la comunicación médico-paciente sea cada vez más simétrica, pues los pacientes exigen del médico los derechos propios de un consumidor.

En el entorno hospitalario se dan ciertas condiciones que hacen aún más particular la relación que establece el médico con el paciente. Según Coe (1979), estos pacientes se encuentran alienados, en la medida que la hospitalización implica el despojo de su independencia para tomar decisiones. La alienación se ve fortalecida por tres elementos básicos de la hospitalización en relación al paciente; el despojo de sus vestimentas, el control de sus recursos y la restricción de su movilidad. En general, estos condicionamientos hacen que los pacientes mantengan actitudes conformistas, es decir, tiendan a adaptarse a las reglas que estipula la institución, con el único objetivo de sanarse y ser dado de alta en el menor tiempo posible. Este tipo de pacientes son los preferidos por los profesionales de la salud, entre ellos los médicos, que etiquetan al “buen paciente” como aquel que requiere de poco tiempo, solicita escasa información sobre su estado, y acepta las indicaciones del médico sin cuestionamientos.

2.3.9.- El contexto chileno de la profesión médica

En Chile la literatura centrada en la profesión médica proporciona evidencia que señala la existencia de acelerados y abruptos cambios en el contexto de la medicina, que han desembocado en un reacomodo del ejercicio profesional para los médicos (Jiménez de la Jara, 2004; Hortwitz, 2004; Hortwitz, 2006; Bascuñan, 2005; Domínguez, 1984). Estos cambios han sido promovidos por la evolución del patrón epidemiológico y demográfico, el acentuado desarrollo de la tecnología médica, el encarecimiento de los costos de la atención, y por el impulso del mejoramiento a la gestión clínica.

Algunas implicancias que han tenido estos factores sobre el desempeño médico son la tendencia hacia la hiperespecialización, atomización y pérdida del sentido integrador de la medicina tradicional, el elevado aislamiento laboral a consecuencia del desajuste entre las instituciones formadoras y los dispositivos de atención, las altas exigencias que se han impuesto a la práctica clínica con el objetivo de obtener mayores índices de productividad y

eficiencia, junto con la notoriedad mediática que ha alcanzado el “error médico” y la consecuente judicialización de los casos (Jiménez de la Jara, 2004).

Estos elementos son considerados en las reflexiones de Vukusich et al., (2004), quienes han planteado la emergencia de una “crisis de la profesión médica”. Esta crisis emergería como consecuencia de que el aumento creciente de expectativas sobre el desempeño de los profesionales se ve restringido por los problemas estructurales que acarrea el Sistema de Salud en el país, contradicción que se traduce en insatisfacción y descontento por parte de los médicos en su trabajo cotidiano. Para estos autores, el hecho de que la creencia en la salud como un “Don” esté quedando obsoleta, y se esté masificando el postulado de la salud como un “Derecho”, conlleva a que el contrato tácito entre la sociedad y los médicos se hace imposible de cumplir por parte de estos últimos.

Particularmente relevante son las repercusiones en la relación médico-paciente y en la satisfacción de los profesionales respecto al rol que han venido ocupando en esta instancia. Bascuñan (2005), ha expuesto algunas dimensiones de la problemática que son consideradas negativamente por los médicos. Entre ellas se encuentra la percepción de que la fuerte tecnificación y especialización, así como la burocratización del desempeño médico han deshumanizado el trabajo clínico, repercutiendo en que se dedique menos tiempo a escuchar al paciente y se lo considere únicamente como portador de una patología. Esta cuestión se ha visto acompañada por la masificación de información médica en los usuarios, y por la indiferencia de éstos hacia los profesionales, haciendo que los médicos hayan dejado de percibir gratitud en su trabajo. A esto se agrega la redefinición de las expectativas sociales respecto a la atención, exigiendo objetivos poco realistas a los médicos, generando desconfianza en su quehacer (Bascuñan, 2005).

Se han expuesto algunas estrategias implementadas por los médicos para hacer frente a la crisis que experimenta la profesión. Estas han sido retratadas por Jiménez de la Jara (2005), al referirse a las acciones que implementan los médicos en contraposición a lo que denomina “malestar de la cultura médica”, en donde la crisis tangible del Sistema de Salud se instala en la subjetividad de los proveedores de la atención, especialmente en los médicos, y los incentiva a construir estrategias personales de adaptación. En su estudio observó que la evitación es una actitud frecuente en los médicos mayores a los 50 años. Es decir, mantienen un grado mayor de resignación ante los cambios, replegando su quehacer a ámbitos en donde pueden mantener su iniciativa, aceptando que las indicaciones más importantes son impuestas desde el entorno.

Por otra parte, se apuntó que el fortalecimiento de la vida familiar para superar el stress que conlleva la actividad laboral, el compartir experiencias del trabajo clínico para ayudar a consolidar la identidad y organización gremial, el recuperar el sentido original de la vocación médica al utilizar el mínimo de tecnología, y el disponer del tiempo libre en actividades extra-profesionales son estrategias de adaptación comunes entre los médicos más jóvenes, que siguen manteniendo una actitud más activa ante los cambios (Jiménez de la Jara, 2005).

La naturaleza de los cambios abarca desde el grado de satisfacción con el quehacer laboral hasta el mundo valórico del médico (Jiménez, 2004). A partir de ello, Horwitz (2006) ha planteado que el menoscabo de la autonomía médica constituye uno de los factores predominantes que amenaza a la profesión, cuestión que atribuye a dos factores primordiales; por un lado, a la percepción de que la profesión no ha logrado autorregularse para garantizar la calidad de su práctica, y por otro, la creencia de que muchos profesionales han puesto su propio interés por sobre los pacientes y/o la sociedad.

2.3.10.- La profesión médica post Reforma de Salud AUGE-GES

Dado el contexto de crisis de la profesión médica, el PNUD (2009), ha planteado que los médicos mantienen una resistencia corporativa ante la Reforma de Salud AUGE-GES, puesto que atentaría contra su libertad y autonomía de decisión, cada vez más desconocida en su experiencia cotidiana.

En esta investigación se observó que existen prácticas de los actores que obstaculizan la implementación de la Reforma de Salud AUGE-GES. Entre ellas, la ausencia de incentivos para que los médicos cumplan con los plazos establecidos para otorgar la atención hace que éstos no se adhieran totalmente a los requerimientos del Sistema Público. También el mantenimiento de la inercia histórica de la identidad del paciente, muy poco dado a exigir sus derechos, y la resistencia de los médicos ante un mayor empoderamiento de parte de estos últimos, puesto que ven amenazado su poder y prestigio. Por este motivo, los médicos se han negado a efectuar nuevas tareas que hasta antes de la reforma eran propias de los escalones inferiores de la estructura hospitalaria (PNUD, 2009).

Este escenario también ha sido retratado por otros estudios en relación a la profesión médica que se han llevado a cabo con posterioridad a la implementación de la actual reforma. Concretamente, Román (2007) ha analizado la crisis de la profesión médica como un fenómeno multifactorial, con dimensiones históricas, sociológicas y filosóficas, entre otras. En este marco, la actual Reforma de Salud AUGE-GES, ha potenciado la crisis, pues con ella el foco de la política se ha puesto en la contención de los costos de las atenciones, cuestionando así las decisiones que toman los médicos sobre la atención a los pacientes.

Román (2007) sostiene esta hipótesis basándose en cuatro motivos. Primero, por la escasa influencia que tuvo el gremio médico en la discusión que antecedió a los proyectos de ley, existe la percepción de que sus intereses fueron subordinados. Segundo, porque la dualidad generada entre los pacientes GES y los NO-GES ha repercutido en controversias para los miembros de la profesión, pues aquello contradice la exigencia ética de atender a ambos pacientes en las mismas condiciones. Tercero, porque la derivación de pacientes desde el sector público al área privada también genera complicaciones éticas, puesto que ha acarreado canalizaciones de pacientes al extrasistema innecesarias, en virtud del interés de los médicos que pertenecen al sector privado. Finalmente, los incentivos puestos por la reforma en dirección a aumentar la productividad de los centros asistenciales han sido resistidos por los médicos, que apelan por considerar la diferencial complejidad de los pacientes como un factor que determina los niveles de productividad médica.

Sin embargo, el estudio cualitativo de Lemp & Calvo (2012) muestra resultados contrastantes, particularmente respecto al grado de aceptación o rechazo de los médicos hacia los mecanismos para estandarizar la atención que implicó la Reforma de Salud AUGE-GES. Este estudio señaló que los médicos tienen una percepción generalmente positiva de la estandarización clínica, apelando únicamente por una mayor flexibilidad e innovación terapéutica. Se observó que la aprobación de la estandarización es mayor en los médicos jóvenes, con poca experiencia y formados en el extranjero. También señaló que las canastas de prestaciones como instrumento de estandarización son más criticadas que las Guías Clínicas, puesto que en algunas ocasiones no financian los mejores medicamentos y no consideran las complicaciones clínicas.

La evaluación positiva (70%) de los protocolos y Guías Clínicas contemplados en la Reforma de Salud AUGE-GES también ha sido reportada por el estudio cuantitativo de Bascuñán et al., (2011). Sin embargo, un aspecto criticado es la priorización de pacientes GES por sobre otros NO-GES (47% lo califica como un cambio negativo). Este estudio señala que los médicos perciben efectivamente cambios moderados y profundos en casi la totalidad de los ámbitos que abarca su desempeño profesional. Aquellos que son valorados más negativamente son la disminución del reconocimiento social y la pérdida de la capacidad de la profesión para autoregularse.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

Una vez desarrollo el esquema teórico que sustenta la presente investigación, en la siguiente sección se detallan los principales elementos considerados en la estrategia metodológica del estudio. Esta es pertinente en tanto conforma un instrumental óptimo en el abordaje del Campo Profesional de los médicos, en el marco de la Reforma de Salud AUGE-GES.

3.1.- Tipo de estudio

Esta investigación se inscribe en una corriente disciplinaria emergente al interior de la sociología, que se ha planteado como objeto de análisis los aspectos sociales de las profesiones en las sociedades contemporáneas. Investigaciones efectuadas en torno a la Reforma de Salud AUGE-GES no consideran en profundidad este potente lineamiento analítico en sus resultados. Algunas de ellas indagan en la participación ciudadana en el diseño de la reforma (Fernández, 2011), en las posturas hegemónicas que se visualizaron en su discusión (Argagnon, 2011), o en las características particulares que asume en una localidad territorial específica (Garrido, 2008). También ponen el foco en las prácticas adaptativas de los individuos ante el cambio institucional propugnado por la nueva política (PNUD, 2009), y efectúan un análisis a partir de la economía política de su tramitación (Lenz, 2007).

Sumado a ello, y en consideración al alcance con el cual se abordará el Campo Profesional de los médicos, esta investigación se considera de "Tipo descriptiva". En este caso, se busca retratar una temática que ha sido documentada previamente, pero en dimensiones diferentes de la que se pretende indagar, permitiendo a la vez profundizar en aristas específicas de la misma (Fernández, 2006). Estos elementos permiten situar a los estudios descriptivos como un escalón intermedio según su propósito, entre las investigaciones exploratorias y explicativas (Hernández, Fernández, & Baptista, 2007).

3.2.- Tipo de diseño

Para el cumplimiento satisfactorio de los objetivos que fueron planteados en el primer capítulo, se considera pertinente la aplicación de una metodología con "Enfoque Cualitativo". Tradicionalmente las características de los métodos cualitativos apuntan a una lógica inductiva, que parte desde los datos para llegar a contrastar hipótesis o teorías acerca del fenómeno en cuestión, conciben a los sujetos del estudio en una perspectiva holística sin reducirlos a variables, y tratan de comprenderlos a partir de su marco de referencia contextual (Taylor & Bogdan, 2010).

Un segundo pilar que sustenta la estrategia metodológica es que ésta se desarrolló bajo un "Diseño Flexible". A diferencia de las investigaciones que se enmarcan en un diseño estructurado, en esta tipología existe una estructura subyacente de los componentes del estudio que facilita la posibilidad de incluir cambios sobre aspectos de la temática que al inicio del proyecto no fueron advertidos (Mendizábal, 2006). En base a ello, la investigación adquirió mayor profundidad en cada una de sus partes. Por ejemplo, se precisaron los

objetivos específicos mientras se realizaban los primeros pasos del trabajo de campo, y se explicitó la hipótesis teórica una vez realizada una lectura preliminar de los resultados, cuestiones que no habrían sido posibles en un diseño proyectado desde el comienzo.

Por otra parte, el diseño se clasifica como “No Experimental”. Esta decisión se fundamenta en que el propósito del estudio vuelve innecesaria la manipulación de variables para identificar diferencias entre los sujetos, ni tampoco se utiliza un grupo experimental para establecer relaciones causales (Campbell & Stanley, 2001). Más bien, el Campo Profesional de los médicos fue caracterizado en su contexto natural, a partir de las significaciones que los sujetos construyen en su experiencia ante situaciones concretas; respecto a sus instituciones empleadoras, frente a los elementos normativos de su quehacer laboral, en su contacto con colegas, funcionarios, y pacientes, etc.

Los datos fueron recopilados sin considerar los cambios o continuidades en la trayectoria evolutiva del fenómeno, por lo cual esta investigación corresponde a un “Diseño Transversal” (Canales, Alvarado, & Pineda, 1986). Esto permitió abordar en el trabajo de campo una variedad suficiente de temas que habían sido contemplados en la pauta previa. Concretamente, el trabajo de campo se desarrolló entre septiembre del año 2012 y mayo del año 2013. Únicamente como referencia temporal, la investigación se abocó a los aspectos del Campo Profesional que se configuraron con posterioridad a la implementación de la Reforma de Salud AUGE-GES. Por último, se contempla un “Diseño Retrospectivo”, puesto que la pauta de producción de información fue intencionalmente redactada para abordar aspectos objetivos y subjetivos que ocurrieron en el pasado.

3.3.- Universo y muestra

El universo de la investigación abarca a los “médicos especialistas” que trabajan como prestadores de salud en el subsector público y privado de la Región de Valparaíso durante los años 2012-2013. Específicamente, para el área pública se entenderá quienes laboran en algunos de los Hospitales de la región, a cargo de una de las Direcciones de Servicios de Salud. En el área privada, se apunta a aquellos profesionales que trabajan en Clínicas y/o en sus Consultas Médicas particulares. Se puntualiza el hecho de que estas instituciones trabajan con fines de lucro, considerando también que hay organizaciones privadas como las Mutuales, la Fundación Teletón, u Hogares de Beneficencia que no tienen esta característica.

En consideración a que el presente es un estudio con enfoque cualitativo, la muestra se conformó utilizando un muestreo “No Probabilístico”, ya que lo que interesa en esta tipología es una selección intencionada de los casos para articular su discurso y contribuir a la construcción del fenómeno estudiado, abordándolo así de manera hermenéutica. No se busca la representatividad estadística ni tampoco un procedimiento aleatorio (Hernández, Fernández, & Baptista, 2007).

Son diversas las variantes dentro de los nuestros no probabilísticos, entre los cuales se empleó específicamente el de “Caso Típico-Ideal”, en el cual el investigador configura un perfil previo de los casos que presentan mayores potencialidades para el cumplimiento del

objetivo de la investigación, considerando que éstos deben poseer un conocimiento exhaustivo del tema, estar inmersos en una subcultura específica y utilizar un lenguaje no contaminado de expresiones sociológicas (Rodríguez, Gil, & García, 1996).

Este fundamento metodológico se ha implementado a través de la elección de dos especialidades médicas; oftalmología y anestesiología. Estos profesionales, por disposiciones reglamentarias del MINSAL, participan directamente en el diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento de los pacientes que poseen algunos de los problemas de salud con garantías GES. Concretamente, según las Guías Cínicas, los oftalmólogos son parte fundamental en los de vicios de refracción, en el tratamiento quirúrgico por cataratas y en el estrabismo (MINSAL, 2010a; MINSAL, 2010b; MINSAL, 2010c). Los anestelistas, por su parte, deben estar presente en todas las intervenciones quirúrgicas más invasivas, como el otorgamiento de la analgesia en el trabajo de parto o en las operaciones labiopalatinas (MINSAL, 2013; MINSAL, 2009).

Consecuentemente, son informantes que han estado en contacto directo con las implicancias institucionales, gremiales y asistenciales de la Reforma de Salud AUGE-GES. Se suma a ello la característica de que son profesionales certificados con un título universitario que los habilita para ejercer en una especialidad disciplinaria dentro de la medicina, concordando entonces con la conceptualización que se efectuó respecto a los aspectos sociales que poseen las profesiones, especialmente en medicina. También forma parte del perfil, el hecho de que los casos seleccionados trabajan, tanto en el sector público y privado, por lo cual tienen referencias respecto a estas dos grandes áreas.

Junto con ello, se consideró el criterio de heterogeneidad y accesibilidad (Valles, 2003), al elegir a los participantes según su pertenencia al área pública, en dos Servicios de Salud distintos. El tamaño de la muestra se estableció como óptimo a partir del criterio de saturación (Valles, 2003), puesto que la información recabada en cada especialidad comenzó a redundar en temas ya tocados con los sujetos anteriores.

De esta forma, la muestra quedó conformada con 15 casos, distribuidos tal como se ilustra en la siguiente tabla. Hágase notar que en la casilla sin casos no se encontraron oftalmólogos que desearan participar del estudio, puesto que la mayoría de ellos no tenía la calidad de médico funcionario del respectivo Servicio de Salud.

Tabla N° 1: Composición de la muestra de la investigación

	Especialidades médicas	
	Oftalmología	Anestesiología
Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio	7 casos	3 casos
Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota		5 casos

Total: 15 casos

3.4.- Técnica de producción de datos

La producción de datos se llevó a cabo mediante la utilización de la técnica de "Entrevista Individual". El sociólogo español Luis Henrique Alonso (1998) define esta técnica como un proceso comunicativo en que el investigador construye el discurso que el

informante tiene de su biografía, entendida esta como las representaciones construidas a partir de los acontecimientos de su vida cotidiana. Su pertinencia para esta investigación en particular, radica en que una de sus particularidades es la emergencia de elementos subjetivos acerca de la conducta, no sólo del entrevistado, sino también de los discursos arquetípicos que emergen en la interacción con el grupo de referencia al cuál éste pertenece (Alonso, 1998). Bajo este fundamento, fue posible analizar a partir de los casos específicos seleccionados, los significados que construye el gremio médico especialista en torno a su Campo Profesional, en el marco de la implementación de la Reforma de Salud AUGE-GES.

La literatura identifica diferentes clasificaciones de esta técnica. Concretamente, se optó por emplear la "Entrevista Semi-Estructurada", considerando que en ella existe un grado de flexibilidad y libertad que facilita la espontaneidad de la relación que se establece entre el investigador y el entrevistado (Flores, 2009). Se elaboró una pauta, siguiendo una estructura temática que aborda los objetivos específicos del estudio, con lo cual fue posible recabar información pertinente para responder a la pregunta de investigación y al objetivo general que fueron planteados (Ver anexo N°1).

3.5.- Técnica de análisis de datos

Con las 15 transcripciones de las entrevistas, se obtuvo un gran volumen de registros textuales, a partir de los cuales se generó el análisis de los datos. La academia ha identificado dos grandes estrategias para ello; mientras el análisis del discurso alude al contenido latente y trata de buscar la motivación subyacente de los sujetos, el análisis de contenido se centra en la sistematización de la información manifiesta y en la interpretación de su significado (Vázquez & Ferreira, 2006). Es en virtud del grado de profundidad necesario para el propósito del estudio que se ha optado por este último caso. Concretamente, se aplicaron algunas de las indicaciones propuestas para la reducción de datos cualitativos (Hernández, Fernández, & Baptista, 2007), resultando así las siguientes etapas:

1.- Evaluación del material auditivo: se escucharon las grabaciones de las conversaciones para cerciorarse de la calidad del registro y de la diversidad de temas abordados. Únicamente una entrevista no cumplía con estas condiciones, puesto que la entrevistada realizó continuas interrupciones, prestaba escasa atención a las preguntas y entregaba respuestas muy concisas. Ello se explica porque en el lugar del encuentro estaban reunidos otros colegas discutiendo la distribución semanal de las tareas y la remuneración de las mismas.

2.- Transcripción de las entrevistas: las 15 entrevistas que pasaron por el filtro anterior se transcribieron a un formato escrito. Esto se hizo respetando los silencios, omisiones y pausas de la conversación, para incluir así en el análisis los aspectos no verbales de la comunicación.

3.- Lectura individual de las entrevistas: se leyó cada entrevista transcrita por separado para establecer preliminarmente los principales elementos discursivos relativos a cada objetivo específico del estudio en ellas presente. Este es un paso intermedio de análisis

particular y no general, ya que en algunas entrevistas se ahondó en determinadas temáticas y se tocaron superficialmente otras.

4.- Codificación: a partir de estas lecturas por separado, se conformó un listado de códigos de forma emergente. Se procedió a asignar cada extracto textual de las entrevistas a uno o más códigos particulares, puesto que en algunos casos los sujetos se referían con una frase a varios temas a la vez. Esto se hizo paralelamente escuchando las grabaciones en audio, para así asegurar la pertinencia de cada texto a los códigos correspondientes, considerando el ritmo y la entonación que asumían las respuestas de los entrevistados.

5.- Organización de la información: algunos de los códigos se establecieron mientras se codificaba el resto de las entrevistas, todos los cuales fueron organizados en categorías de códigos. Esto se efectuó intencionalmente para conformar agrupaciones que coincidieran con los tres objetivos específicos que se plantearon al inicio de la investigación, y poder así reducir la complejidad que asume la realidad social tal cual se presenta para el investigador. Todo ello queda ilustrado en la matriz de códigos (Ver anexo N°2).

6.- Redacción final del contenido: el último paso fue la descripción de los hallazgos encontrados en cada código por separado, para así identificar las relaciones que se pueden observar en cada categoría y llegar a los lineamientos analíticos de cada objetivo específico.

3.6.- Calidad del diseño

Si bien la calidad del diseño en los estudios cualitativos es un aspecto de constante discusión metodológica, la presente investigación resguarda esta condición mediante el cumplimiento de dos criterios recogidos por Lincoln & Guba (1985), los que apuntan a la confirmabilidad y transferibilidad de la investigación. El primero alude a las opciones que otorga el investigador para que un actor externo analice las decisiones del estudio. El segundo es la capacidad de replicar el estudio en contextos distintos, para así evaluar las diferencias y similitudes de los resultados.

La confirmabilidad se resguarda por la utilización de recursos técnicos durante el trabajo de campo; las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas. Por ello, cualquier investigador externo puede comentar las decisiones que se fueron tomando en el transcurso de la investigación. La transferibilidad se confirma al especificar las características de los sujetos contemplados en el muestreo. Al tratarse de médicos especialistas relacionados con algunas patologías con garantías GES, que pertenecen a alguno de los Servicios de Salud de la Región de Valparaíso, otros estudios pueden en el futuro replicar la investigación en un entorno organizacional distinto, o variando las especialidades vinculadas, para contrastar hallazgos.

3.7.- Condiciones éticas

Durante la confección del proyecto que sustentó la presente investigación se consideraron eventuales problemáticas éticas a consecuencia de la ejecución del estudio, principalmente a raíz de las repercusiones derivadas de las opiniones de los entrevistados respecto a las formas de trabajo y a la organización del sector público de salud. Por ejemplo, entre ellas se identificaron posibles conflictos laborales entre los médicos y los cargos

directivos de los hospitales, que pudiesen resultar en un deterioro de la labor realizada por ambas partes.

Para evitar al mínimo posibles confrontaciones, la investigación suple las exigencias éticas utilizando Consentimiento Informado (Ver anexo N° 3). A cada entrevistado le fue presentado este documento, en donde se indicaban los objetivos del estudio, se precisaba que el propósito del mismo es únicamente académico, y que por tanto se respetaba su anonimato y la confidencialidad de sus respuestas. Este documento fue leído y firmado por los propios entrevistados, ninguno de ellos presentó un reparo. En consecuencia, los resultados serán expuestos sin identificar al contestatario. Únicamente cada verbatim será asociado a la especialidad médica, y con el número de cada entrevista (desde 1 al 8 para los anestesiistas, y desde el 1 al 7 para los oftalmólogos).

Cuando los relatos de los entrevistados aluden a algún nombre de una institución empleadora en particular, éste fue reemplazado por una letra mayúscula; "A", "B", "C" o "D".

Adicionalmente, el contacto con los médicos se realizó sin intermediarios. Las entrevistas se realizaron en lugares cerrados, por lo cual el relato de los entrevistados fue franco y espontáneo.

Es necesario destacar que el presente trabajo de tesis se enmarca en una investigación mayor que está llevando a cabo el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Valparaíso, que pretende abordar el impacto de la Reforma de Salud AUGE-GES sobre el Sistema de Salud chileno, principalmente respecto al sector público.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Desde el transcurso de los capítulos precedentes se desprende que la medicina ha sido una profesión con un lugar eminentemente protagónico en las reformas aplicadas al Sistema Sanitario chileno. Mediante la estrategia metodológica que fue detallada, se vuelve necesario ahora dilucidar y verificar las hipótesis que se derivan de la perspectiva teórica del estudio. Con este propósito, a continuación se exponen los resultados a partir del análisis de los relatos de los médicos entrevistados durante el trabajo de campo³⁵.

En esta sección se podrán visualizar los discursos que los médicos especialistas construyen en torno a su Campo Profesional, a partir de la implementación de la actual reforma. Consecuentemente, esta parte de la tesis se presentará siguiendo la composición de los objetivos específicos; I.- En un acercamiento general, se describen los aspectos estructurales del Campo Profesional de los médicos, profundizando en aquellos relacionados con la implementación de la Reforma de Salud AUGE-GES. II.- Luego, se caracterizan las prácticas que los profesionales han implementado ante las limitaciones y potencialidades que les presentan estos aspectos estructurales. III.- Finalmente, se indagará en el sentido práctico que los médicos ponen en juego en función de estas prácticas.

4.1.- Los aspectos estructurales del Campo Profesional

4.1.1.- Comparación entre el sector público y privado de salud

Un aspecto transversal en el discurso de los médicos es la diferencia que establecen entre su trabajo en el sector público y privado de salud. Es necesario advertir que cuando se alude al sector privado, los entrevistados relacionan su desempeño al interior de las Clínicas Privadas, y en algunas situaciones específicas también en sus Consultas Médicas Particulares. En contraste, al mencionar el sector público se alude a los hospitales dependientes de los Servicios de Salud, desde los que se conformó la muestra de la investigación.

En relación a ambos lugares de trabajo se construyen valoraciones, significados y opiniones que señalan características positivas y negativas de cada ámbito, reconociéndoles diferentes ponderaciones a cada uno. En la evaluación general de estos elementos, son evidentes las problemáticas tradicionales del sector público, que se ven acentuadas con un sector privado que se concibe en mejores términos en relación a la comodidad que les reporta.

Una primera diferencia del Campo Profesional son las condiciones laborales que encuadran la práctica clínica de los médicos. Por una parte, la caracterización que realizan los entrevistados del entorno material en el que realizan su trabajo al interior de los hospitales da cuenta de una evidente insatisfacción y descontento al denunciar la precariedad de las instalaciones físicas, principalmente el deterioro agudo de comedores,

³⁵ Los relatos empíricos se presentan con letra cursiva. En aquellos casos en que fue necesario incluir las intervenciones del entrevistador, éstas se diferencian anteponiendo la letra "P" para los dichos del entrevistador con negrita, y la letra "R" para los dichos del entrevistado. Las citas textuales expuestas fueron escogidas por ser las más ilustrativas y repetitivas.

baños o dormitorios. El malestar expresado es una de las implicancias de la crisis de la profesión médica que Vukusich et al., (2004) han documentado. Este encono se ve acentuado en la medida que es un reclamo efectuado por parte de los médicos que viene arrastrándose desde mucho tiempo, y por el cual han manifestado su disconformidad ante las autoridades que gestionan los centros públicos, pero para el cual dicen no haber recibido una respuesta satisfactoria.

“Los baños donde uno hace turno por ejemplo que son de una calidad horrible...o sea yo trabajé 8 años allá y nos salían baratas adentro de la comida. Caía una filtración de orina del servicio de urología al comedor de los médicos, y está escrito en todos los libros: si, se verifica filtración. Y nunca lo arreglaron. Entonces, es difícil pedirle a la gente que trabaje más, o que resuelva problemas cuando tú no tienes una infraestructura donde tú estés cómodo y trabajando bien, con buena iluminación, con buen descanso. Cuando todo es a medias, o cuando todo se está como cayendo la verdad es que no existe mucho estímulo para que la gente trabaje contenta” (Anestesiista N°3)

“El baño que está adentro del pabellón a veces está cochino, está tapado, el baño para cincuenta personas que trabajan 24 horas. Si tú bajas a la residencial tenía ratones, la cama tenía pulgas y yo soy alérgico a las pulgas, el baño estaba todo tapado y te tenías que bañar a las cuatro o cinco de la mañana, porque o sino no tenías agua caliente para ducharte siquiera. Suma todo esto, yo trabajé allá casi 12 años” (Anestesiista 05).

Estos relatos apuntan a situaciones que parecen de primera necesidad para un desempeño laboral óptimo. Sin embargo, también se encontraron otros elementos secundarios, de carácter más bien suntuario, que entran en juego al momento de argumentar la incomodidad que ofrecen los centros asistenciales públicos para la labor de los médicos. Entre ellos se señala la no disposición de estacionamientos, el no contar con agua caliente o la ausencia de ascensores. En contraste, en este ámbito el sistema privado se describe positivamente al brindar mayor confort para el trabajo cotidiano de los entrevistados.

“...otra parte está el asunto de la comodidad. Por ejemplo en el hospital A no tengo donde estacionarme. Si me quiero estacionar cerca del hospital tengo que pagar parquímetro, o si no quedo 6 o 7 cuadras estacionada del hospital, y ya me han robado y rayado parte del auto, entonces es como la parte de seguridad. Segundo es la infraestructura de comodidad; que es menos bonito, que para lavarse las manos no tenemos calderas entonces no hay agua caliente, que no tenemos ascensores entonces los cinco pisos los tenemos que subir caminando” (Oftalmólogo N° 5).

En este sentido, los entrevistados conciben algunos efectos negativos que se producen a raíz de la precariedad de las instalaciones que describen en el sector público. Uno de ellos es el deterioro de la cordialidad de la comunicación que los profesionales deben establecer con los pacientes, cayendo en lo que podríamos denominar vicios profesionales. Esto atenta contra la armonía que debe tener la relación médico-paciente, haciendo que ambos actores se aparten de las obligaciones que su rol estipula (Hall, 1981). Específicamente se describe como una consecuencia de las malas condiciones laborales de los hospitales el hecho de que se establezca un diálogo autoritario o un trato deshumanizado hacia los pacientes.

“...porque si la persona no está cómoda, si el profesional o funcionario de cualquier jerarquía no está cómodo, no está grato, no tiene un lugar donde descansar, no va a estar bien preparado, no va a estar en la óptima forma para atender. Entonces, ahí empiezan problemas, como que tú a lo mejor tratas mal al paciente, cuando viene ahora toda la onda de los derechos y deberes de los pacientes... puede que lo trates mal, porque ya: ¡qué le duele! En un tono malo, lo escuchas mal, le pongas poca atención...” (Anestesiista N°3).

Un segundo elemento que se deriva de las precarias condiciones en las que opera el sector público se refiere a los procedimientos terapéuticos que los especialistas se ven forzados implementar para descongestionar la red de atención. Si bien se dice que este tipo de prácticas no implica arriesgar la seguridad de los pacientes, se constituyen en acciones reñidas con el ideal que los profesionales manejan en relación a una atención que cumpla con los criterios de calidad. Se reconoce que lo anterior conlleva un aumento de la posibilidad de cometer errores clínicos que pueden perjudicar la salud de los usuarios.

“Lógicamente, cuando tú tienes que priorizar los números y tienes que velar porque las cosas se hagan, muchas veces se sacrifica la relación médico-paciente; acortas los tiempos de evaluación pre-operatoria, se acortan y se minimizan. Y muchas veces también uno en virtud del tiempo...esto es relativo, pero a veces uno tiene a elegir técnicas anestésicas que sean más rápidas como para salir más rápido, sin afectar la seguridad del paciente lógicamente” (Anestesiista N° 7).

Es decir, un elemento que es visto perjudicialmente para la labor de los médicos dice relación con el aumento de la probabilidad de que el cansancio y el stress que provoca el funcionamiento deficiente de la infraestructura hospitalaria repercutan en errores clínicos que pudiesen ser considerados como negligencias médicas de los profesionales.

“El riesgo mayor pasa posiblemente por el cansancio físico, el error es posiblemente un error más del punto de vista humano digamos, ese es como uno de los principales factores de riesgo en este momento, y eso lógicamente se ve afectado por malas condiciones de infraestructura, malas condiciones físicas del hospital y sobrecarga de trabajo” (Anestesiista N°7).

En el marco de estos discursos, que describen las falencias de las condiciones laborales propias del sector público, se presentan conjuntamente dos aspectos que parecieran ser contrapuestos. Por una parte, se menciona que la evaluación de ambos escenarios laborales opera como un factor que incentiva a los profesionales a emigrar progresivamente al sector privado, ya sea totalmente o a través de una reducción cada vez mayor de las horas que dentro de la rutina laboral destinan al trabajo asistencial en los hospitales. Concretamente, se menciona que las condiciones en las que se desarrollan los sistemas de turnos nocturnos son particularmente negativas, situación que ha profundizado los incentivos para que los profesionales se desvinculen de los centros públicos.

“Obviamente son condiciones que son diferentes, son diferentes, y hay algunos que no les agrada mucho, y por eso es que no están aquí yo creo... Lo podemos dividir en dos cosas; lo que es el trabajo diurno y lo que son los turnos. Cuando yo hacía turnos era realmente desmotivante tener un lugar donde tú fueras al baño y estuviera sucio, fueras a ducharte y no tuvieras agua caliente, cosas que para muchos son determinantes y los hacen tomar

la decisión de dejar el Sistema Público. Son cosas importantes, yo creo que no tienen que desmerecerse ni descuidarse” (Anestésista N°6).

Sin embargo, desde una visión más general también se advierte que algunos entrevistados mantienen una actitud más pasiva y resignada ante el contexto adverso que les presentan las condiciones laborales de los hospitales, lo cual es consistente con los hallazgos del estudio de Lemp & Calvo (2012). De esta actitud se derivan también los agradecimientos ante los pocos avances que se logran al respecto, conjugándose un pensamiento sustentado en que pese a las deficiencias crónicas del sistema, se avanza poco a poco desde un pasado adverso y precario hacia la optimización y mejoramiento del sistema.

“Pero el hospital en ese aspecto ha hecho igual una inversión, o sea uno en la medida que vea compromiso tiene más adhesión. ¿No sé si me explico? Yo he visto que mejoraron los baños...uno pelea por esto, y como lo va logrando y tiene respuesta, va aguantando y tolera, se adapta a las condiciones. Sabe que no se puede hacer más de lo que se hace, pero que se está haciendo lo posible por mejorar las condiciones físicas, entonces para nosotros eso es suficiente” (Anestésista N°6).

Esto último tiene mucho que ver con la formación médica al inicio de las carreras profesionales (Hugues, 1992), en donde el desempeñarse en lugares precarios, que no tienen todos los recursos que se necesitan, pasa a ser una constante. Es decir, circunstancias a las que hay que adaptarse forzosamente, valorando que se hace lo posible ante un entorno restrictivo y carente de recursos.

“Ahora, eso uno aprende a convivir de niño con eso, desde que uno es interno que estás en tercero de medicina y tienes dieciocho años ya te acostumbraste. Entonces para nosotros no es tan raro, para mí es casi normal asumir que es así. Alguien que lo ve de afuera dice: cómo pueden vivir acá, en esta residencia, en esta cama con pulgas. Claro, efectivamente uno se acostumbra, el ser humano es un animal de costumbre, uno se acostumbra, no es todo lo fisiológico que uno quisiera, pero se acostumbra con comida mala por ejemplo” (Anestésista N°7).

La disponibilidad de equipamiento terapéutico y las posibilidades para la dispensación de medicamentos son dos factores que forman parte importante de la diferenciación entre los sectores público y privado de salud, configurando particularidades en el quehacer laboral de los profesionales. Las opiniones de los entrevistados sostienen que en el sector privado existe una mayor diversidad de farmacología e instrumentos quirúrgicos que facilitan la precisión de las intervenciones médicas, al contrario del sector público, en el cual los insumos médicos son obtenidos en grandes volúmenes, con cantidades homólogas de medicamentos que repercuten en que se limitan las elecciones que los médicos efectúan cotidianamente.

“Pero en lo relativo a la especialidad (en el sector privado) probablemente tenga más elementos, más fármacos, más variedad de fármacos, distinto surtido de trocares de distintas marcas...y en el Servicio de Salud, como se licitan las adquisiciones voy a tener un tipo de acceso vascular, un tipo de catéter, un tipo de electrodo...y a lo mejor en una clínica puedo tener más de uno, y yo poder escoger, o más tipos de fármacos” (Anestésista N°3).

Por otra parte, se menciona que existen trabas burocráticas que dificultan en algunas ocasiones el brindar los medicamentos a los pacientes que se atienden en los hospitales. Ante estos obstáculos administrativos, los médicos dicen iniciar el protocolo formal que solicita la adquisición de farmacología, pero desconociendo si realmente las decisiones tomadas en los escalones institucionales superiores darán la aprobación a la solicitud. En el caso de que así sea, tampoco tienen la seguridad de las fechas en las que dispondrán de los insumos que fueron demandados.

“Se solicitan formalmente. Hay que después respaldarlo, hay que enviar la información, hay que esperar que el hospital lo autorice, después que el hospital lo autorice lo tiene que autorizar el Servicio de Salud, y después del Servicio de Salud que lo autorice el Ministerio. Eso va haciendo que sea mucho más lento, y de que cosas que uno pide se demore mucho tiempo en obtenerlas” (Oftalmólogo N° 1).

En algunas ocasiones, esta rigidez de la estructura administrativa con la que funciona sector público repercute en un deterioro de la salud de los pacientes, como consecuencia de la espera a la que se ven sometidos para obtener algún medicamento. Lo anterior se hace patente en el trabajo de los oftalmólogos; a raíz de la larga tramitación que contemplan los protocolos para que algunos pacientes adquieran su medicamento por intermedio del servicio público, corren el serio riesgo de perder parte de su visión.

“Bueno hay pacientes que por demora en algún medicamento pudieran correr riesgo de perder visión, que eso pasaba hace algunos años. Actualmente hemos conseguido muchos de los medicamentos que necesitábamos para los pacientes con patologías, y eso es cada vez menos. Pero siempre hay patologías que no tienen tratamiento, hay tratamientos que son más bien experimentales y que no siempre uno tiene claro cuánto va a servir al paciente. Y si hay otras que se demoran y que ese tiempo de espera repercute en la visión del paciente” (Oftalmólogo N°9).

Este escenario incentiva una disposición pasiva ante la incertidumbre, a partir de la cual se implementan algunas soluciones alternativas, que si bien no solucionan la problemática en el largo tiempo, se vislumbran como la mejor opción y lo único que se puede hacer. En tal sentido, es posible observar una práctica que no ha sido documentada en estudios previos: la compra de mobiliario y tecnología médica empleando recursos personales de los médicos, quienes colectivamente adquieren algunos insumos para optimizar los tiempos de espera que los pacientes experimentan al interior de la red pública. Esta práctica puede ser leída como una manifestación del sentido vocacional, es decir, anteponer los intereses de la sociedad y/o de los pacientes por sobre los de tipo individual.

“Muchas cosas que hemos ido consiguiendo, pero hay que tener paciencia para conseguirlas, y a veces con recursos del hospital u otras veces con otros recursos. Hay muchas cosas que nosotros como oftalmólogos hemos puesto con dinero nuestro para traer más cosas para tener más facilidades para poder operar o atender a un paciente” (Oftalmólogo N° 1).

Si bien se reconocen importantes limitaciones para prescribir medicamentos a los pacientes tanto en el área pública y privada, se esgrimen diferentes razones para ello; por una parte, en el sector público la adquisición y actualización de farmacología se ve

obstaculizada por las limitaciones presupuestarias de los hospitales y por la ineficiente administración pública. Por otra, en el sector privado las limitaciones de acceso se producen igualmente, pues muchos de los pacientes atendidos por las clínicas no cuentan con los fondos para comprar el medicamento de forma particular, especialmente en aquellos insumos muy modernos y con alto grado de especialización tecnológica.

Particularmente en lo relativo a la disposición de tecnología médica, los entrevistados manifestaron que al contrario de lo que sucede con la problemática de los medicamentos, la calidad de los equipos tecnológicos es similar entre las clínicas y los hospitales. De hecho, la posibilidad de comparar los niveles tecnológicos entre las dos áreas es valorada positivamente al constituirse como un elemento que otorga estatus al desempeño laboral. De esto se concluye que la actualización tecnológica no actúa únicamente como un factor de desintegración de la profesión, tal cual ha documentado Domínguez (1984), sino más bien como una motivación favorable hacia el sector público.

“La tecnología ponte tú, ha llegado mucha tecnología a los hospitales, de hecho este hospital no tiene nada que envidiarle a...y no sólo esto, está mucho mejor dotado tecnológicamente que todas las clínicas de la región. En este momento, en muchos campos de la anestesia nosotros estamos por lejos muy superiores a todas las clínicas de la región. Nos podríamos comparar con alguna clínica de Santiago grande, en cuanto a capacidad tecnológica y esas cosas, en cuanto a tecnología” (Anestesiista 07).

Junto con aludir a la simetría tecnológica entre el área pública y privada, se menciona que en los hospitales existe un mayor desinterés por innovar en instrumental médico avanzado. Esto se asocia al reconocimiento de las deficiencias crónicas del sistema público y a lo acotado que son los presupuestos hospitalarios para este ámbito. A partir de ello, los pacientes atendidos en el área privada disponen de equipamiento médico más preciso, y tienen soluciones ante problemas de salud que son considerados más bien secundarios, y ante los cuales los pacientes adscritos al sector público no tienen acceso al tratamiento por los elevados costos de este tipo de tecnología.

“Mira más que nada son recursos para obtener tecnología. Hay tecnología afuera en el Sistema Privado que no podemos tener aquí porque son muy caras y no se justifican. Pero actualmente tenemos bastante tecnología en el Servicio para poder atender a los pacientes con lo que se requiere. Pero cuesta aquí poder conseguir equipamiento nuevo, o medicamentos nuevos para poder darles a los pacientes toda la atención ideal que requieren” (Oftalmólogo N°1).

Ahora bien, respecto a la tecnología de las Consultas Médicas Particulares, se las reconoce en mejores condiciones al compararla con los equipos del hospital o de las clínicas, puesto que en las primeras hay una utilización menos frecuente y se aplican mantenciones técnicas periódicamente.

“Es similar, pero cuando la consulta es propia obviamente está mejor cuidado, porque ya sea en una clínica privada o en el hospital pasa mucha gente usando los mismos equipamientos y no todos tienen el mismo cuidado con cada instrumento. Entonces pese a que el equipo es el mismo, en una parte está mejor cuidado y en otra peor” (Oftalmólogo N° 4).

Las valoraciones que construyen los médicos en relación a la calidad del acto médico y su contribución al tipo de atención ofrecida a los pacientes también es diferente entre el sector público y privado. Los relatos analizados permiten identificar un conflicto al interior de este último, puesto que la lógica de funcionamiento del sector privado tiende a reducir la calidad de las terapias con la finalidad de contener costos. En este escenario, corroboramos la disfuncionalidad de la institucionalidad sanitaria moderna descrita por Foucault (1976) al incorporar a la salud como un objeto de consumo que otorga rentabilidad a determinadas instituciones. Esta situación es relatada por los entrevistados como un desajuste entre los intereses propios, en tanto profesionales orientados a sanar al paciente utilizando las mejores herramientas, y los de las clínicas privadas, que se focalizan en obtener ganancias económicas mediante la atención a los pacientes. A partir de este objetivo, las instituciones privadas limitan el acceso a fármacos y a tecnología, empleando criterios economicistas, situación que se relata como un atentado a la calidad que debiese tener el acto médico.

“En cambio en la parte privada uno va, hace su prestación bajo las condiciones de seguridad y de calidad que te da la clínica, ¿Ya? Y esas no siempre son las mejores. Me explico, uno no siempre en la parte privada está trabajando con más seguridad que en la parte pública, y ni siquiera puedes garantizar que la calidad de la atención sea mejor que en la parte pública en la actualidad de la V Región. O sea, muchas veces ha pasado que tú quedas con angustia de que tú no estás dando la mejor atención, y más encima el paciente está pagando, y cuentas que no son menores, por una atención que no es de tan buena calidad como la que tú pudieras dar en el hospital...Porque el sector privado se mueve esencialmente por un negocio que está a cargo de las ISAPRE y de las clínicas, que para ellos tienen que tener ganancias, entonces se limita muchas veces el acceso a tecnología, a fármacos” (Anestésista N° 5).

Un reflejo de esta pugna de intereses entre los médicos y la lógica economicista de las clínicas ha sido el establecimiento de las condiciones de bioseguridad de los procedimientos clínicos que se efectúan. Se relatan intentos colectivos por parte de los profesionales que han tensionado el actuar de las gerencias de las clínicas, viéndose forzadas a invertir recursos en mecanismos que aseguren las condiciones óptimas de seguridad para atender a los pacientes.

“...aquí en las clínicas de la zona habían muchas falencias, así como habían en los hospitales, en las clínicas donde tú estás más solo, trabajando sin tu equipo... faltaban fármacos, faltaban cosas de reanimación, faltaban áreas limpias a las sucias. Entonces nosotros empezamos a hacer como guías clínica. Como a exigir: oiga aquí lo limpio, aquí lo sucio, ponga un pasteur si un paciente tiene tal patología” (Anestésista N° 3).

Otro elemento que interfiere en la calidad de la atención son las relaciones que los médicos establecen con profesiones auxiliares, tales como enfermería o el personal paramédico. Los médicos mantienen niveles de desconfianza hacia el servicio de enfermería en las clínicas, puesto que es un ámbito en donde la rotación laboral obstaculiza el que se establezca un vínculo laboral entre médico-enfermera. Esto incide en que los primeros no siempre tengan la seguridad de que las indicaciones terapéuticas que dispensan se cumplan

cabalmente. Esta desconfianza tiene una menor intensidad en el sector público, en donde los entrevistados valoran la trayectoria y la experiencia de las enfermeras.

"...esta es una opinión personal, pero uno desconfía mucho del sistema de enfermería y paramédico en la parte privada, dado que la gente tiene mucha más inexperiencia que en la parte pública" (Anestésista N° 5).

En el sector público los factores que atentan contra la calidad de la atención a los pacientes tienen un origen diferente a la reducción de costos derivada de la búsqueda de ganancias que se observa en el área privada. Tal como ha planteado Román (2007), para los médicos el manejo administrativo del sector público se visualiza extremadamente centrado en el mejoramiento de la productividad, y tiende al aumento del rendimiento cuantitativo, pero descuidado la calidad de las prestaciones.

"Las administraciones nuevas lo han hecho pésimo, y como se traduce todo a número, porque ha ingresado gente ingenieros comerciales que todo lo traducen a números, a cifras, entonces eso al final implica que se despersonaliza la medicina. Yo no digo que no tenga que existir, yo creo que sí, pero ningún extremo es bueno. Entonces, lo único que se traduce es que operamos cincuenta vesículas y no cincuenta y cuatro. Ahora, el ingeniero no sabe si es que esas cuatro más que se operaron lo hicieron en mejores condiciones que las otras, ni siquiera se pregunta eso" (Anestésista N°5).

Tal como se observa en la cita anterior, se acusa una orientación hacia la productividad que desconoce la calidad de las prestaciones que se dan a los pacientes. Además, esto se ve acentuado por las vivencias de los profesionales en su contacto cotidiano con la realidad hospitalaria, en la cual es patente el desajuste entre las necesidades de salud de la población, y la capacidad de los hospitales para brindar una atención óptima a todos ellos. Son constantes las alusiones a la gran cantidad de personas que requieren de servicios de salud, y a las cuales el sector público se encuentra imposibilitado de atender. Por ello, los médicos acotan las prácticas clínicas, aspecto que conlleva una merma en la calidad de la atención.

"Pero de todas maneras el volumen de pacientes es muy grande en los Hospitales Públicos, entonces ahí de repente se transa un poco la calidad por la cantidad. Y bueno, uno si está adentro del Servicio Público tienes que satisfacer la demanda que el Servicio te exige y los pacientes te exigen, y eso a veces puede ir en merma de la calidad, y puedes arriesgar un poquito más. Bueno, puedes tener errores de diagnóstico, puedes tener errores en cirugías, por ejemplo si estás muy apurado y tienes que operar muchos pacientes te puedes equivocar por hacerlo rápido" (Oftalmólogo N° 3).

Una disyuntiva que se aprecia en los discursos de los médicos que fueron entrevistados, es la enorme diferenciación que tienen sus sueldos entre el subsector público y el privado. La supremacía de los montos en este último hace que su trabajo sea más rentable al compararse con el área pública. Además, la carga laboral y el peso que tiene el ritmo asistencial en los hospitales hace que la relación trabajo-remuneración sea económicamente más conveniente en las clínicas.

"Lo importante es la parte económica, después las condiciones de trabajo que como te decía ahora son mejores que antes, pero la carga de trabajo del hospital es muy fuerte,

entonces no todos los colegas están dispuestos a someterse a esa carga laboral por lo que significa económicamente, la remuneración me refiero. Yo creo que esas son las dos principales motivaciones” (Oftalmólogo N° 3).

“¡Por el dinero! De repente si tú haces una operación (en el área privada) puedes presentar el mismo sueldo (en la parte pública). Bueno, ahora ya no es tan tan dramático, pero estamos hablando 10 años atrás si tú hacías una operación de vesícula era equivalente al sueldo de todo un mes que te pagaban en el Sistema Público” (Anestesista N°5).

“Haber, para que te hagas una idea, lo que me pagaba a mí el hospital por un mes de trabajo de 11 horas, lo ganaba un día de consulta afuera” (Oftalmólogo N° 4).

El mayor atractivo económico que se genera en la parte privada propicia que los médicos se desvinculen de los hospitales al poco tiempo que egresan de las becas de especialización, para así aumentar su trabajo en las clínicas. Ante esta constatación, las generaciones de médicos adultos presentan reparos al respecto desde dos líneas argumentativas; por una parte, reconocen el derecho de la profesión a emplearse privadamente como un mecanismo para lograr mayores rentas, por otra, mantienen un compromiso con los recintos públicos, al ser éstos los principales centros docentes con que cuenta la región. A partir de estos elementos, la crítica apunta a colegas jóvenes que se plantean como objetivo principal de la profesión la búsqueda codiciosa de réditos económicos, sin tener el foco primordial de su rutina en los hospitales.

“Me duele mucho, porque yo pienso que uno tiene una deuda con quienes te formaron, una deuda de salud con el hospital, con los Servicios Públicos...Yo no tengo nada en contra de la medicina privada, yo creo que está bien, alguien tiene que hacerlo, uno lo hace y perfecto. Pero yo creo que el fuerte de uno tiene que estar acá (en el hospital Público). Ahora, ¿Por qué la gente se da más a lo otro? Yo creo que es...claro, las clínicas son más bonitas, tiene más elementos, y también claro, si uno en un día opera varios pacientes privados lejos va a ganar mucho más de lo que puede ganar con el sueldo del hospital, pero yo creo que es una forma muy parcial de ver la vida y la profesión” (Anestesista N° 3).

“Pero una persona que trabaje sólo en lo privado y opere mucho yo creo que puede ganar...basta mirarle el auto nomás po, de repente hay cabritos recién recibidos arriba de un Mercedes. Entonces deben ganar mucha plata. Pero para a mí es un tema que no, o sea todos pagamos a fin de mes cuentas y todo, pero hay algunos que tiene como aidez por la plata” (Anestesista N° 3).

En contraste, se pudo observar igualmente que hay argumentos por parte de los entrevistados que justifican el éxito económico de los profesionales al vincularse con el ámbito privado en base a los altos costos que conlleva el período formativo de los médicos, solventado particularmente, es decir, mediante el pago directo de las familias de los estudiantes, sin financiamiento del Estado. Lo anterior también se argumenta en función de que se trata de profesionales con postgrado, es decir, con un tiempo amplio de formación.

“La Universidad uno la ha tenido que pagar, esta habitualmente endeudado. El período de estudio es muy largo; son siete años de medicina, son tres años más de especialización, otros más se subespecialización. Y son años en los que se produce muy poco, sólo para sobrevivir de cierta forma. Entonces cuando tú sales tienes compromisos económicos, familiares que tienes que cumplir. Por tanto, como has tenido que pagar, y

no hay una obligación ni por contrato ni una obligación moral de retribuir eso, tú optas y tomas decisiones que son básicamente económicas” (Anestesiista N° 7).

Es interesante constatar que las mayores rentas que ofrece el Sistema Privado conforman una actitud en los médicos que vincula su participación en los hospitales como un “sacrificio” profesional. Bajo esta lógica, este sacrificio le debe ser retribuido por sus pares y por su entorno profesional en general. Esta cuestión se plasma en la convicción de que al trabajar en los hospitales dejan de obtener los ingresos que pudiesen estar recibiendo al destinar ese tiempo a las clínicas.

“La mayoría de los médicos que trabajan exclusivamente en el Sistema Público más que nada trabajan porque le gusta estar ahí, porque uno no va por plata. O sea, si yo voy los lunes al Hospital B no es porque me gana una millonada. Al contrario, o sea yo pierdo plata llendo al Hospital B. Me convendría dejar todo el día lunes, que voy de las 7AM hasta las 8 de la tarde, y lo dedicara a la parte privada...ganaría muchas veces más” (Anestesiista N° 5).

En esta misma línea, es posible reconocer una tensión al respecto, puesto que existen otras motivaciones que conviven con el factor económico, y que son ventajas que atraen la participación de los médicos a los hospitales. Sin embargo, se ven truncadas por los bajos sueldos que reporta el sector público en comparación con las remuneraciones que ofrecen las clínicas. Lo anterior se reconoce claramente en el discurso del anestesiista N° 2, quien sostiene que en la eventualidad de que el sueldo del hospital estuviese acorde a sus expectativas, no realizaría intervenciones en las clínicas.

“Para mí es más grato trabajar en el Sistema Público, yo por mí trabajaría exclusivamente en el Sistema Público. El problema es que eso no me permite vivir económicamente, económicamente el Sistema Público no es suficiente para mantenerse en el fondo. Entonces uno tiene que trabajar en la parte privada también para tener un sueldo adecuado a las necesidades de cada uno, pero yo si tuviera un buen sueldo trabajaría exclusivamente en el Sistema Público, a mí me gusta hacer esto, llevo más de 20 años trabajando acá y no tengo intenciones de irme, porque me gusta (Anestesiista N° 2).

Este planteamiento también es esbozado por el oftalmólogo N° 3, quien señala que el atractivo económico de las clínicas se ve robustecido en el caso de los médicos más adultos, que poseen una cantidad significativa tiempo ejerciendo, quienes adquieren mayores compromisos económicos y necesitan aumentar sus ingresos.

“Entonces tienes que suplir eso afuera, entonces en general los oftalmólogos de cierta trayectoria ya sólo tienen 11 horas, porque quieren mantenerse en el Servicio Público pero tienen que mantener su vida digamos. Ahora, a mí hace un tiempo atrás si me hubieran pagado un buen sueldo acá me quedo acá; lo pasas bien, a mí me gusta el hospital, lo encuentro entretenido, tienes de todas las patologías que tú quieras...Si a mí me ofrecieran lo que gano afuera o a lo mejor un poco menos, yo feliz me quedo acá; no te tienes que estar desplazando, estoy tranquila en un mismo lugar, entretenida, no tendría problemas (Oftalmólogo N°6).

Otro punto importante respecto a los réditos privados del ejercicio profesional es la constatación de que existen subespecialidades médicas que se ven perjudicadas al no tener áreas para desenvolverse en las clínicas como consecuencia de la estructura del mercado

de atención en ese ámbito. Este es el caso de los anestesiólogos que se dedican a la cardiología. Los entrevistados apuntan a que debido a los elevados costos de este tipo de cirugía, existe una mínima cantidad de pacientes que permanecen asegurados en ISAPRE (los que son atendidos en las clínicas). La gran proporción de ellos se adscriben al sector público y son atendidos en los hospitales. Esto provoca que los médicos re-dirijan su participación en el sector privado hacia otras subdisciplinas, que por las necesidades de salud de la población, le son más rentables al contar con una mayor demanda privada.

“Aquí no existe el paciente privado cardiovascular, y si alguien está en una ISAPRE, y se tiene que operar del corazón, yo creo que se cambia a FONASA y después se opera del corazón aquí en el hospital. Por lo tanto, si a mí me dicen: opérate en tres semanas más, te voy a operar en la Clínica C... conviértete a FONASA y opérate más o menos gratis por el hospital con los mismos profesionales, con la misma calidad técnica, y sin la hotelería. O sea, si me quedo esperando hacer mi jornada laboral con pacientes privados de cardiocirugía me muero de hambre...Ahora, afuera me iría muy bien haciendo mis cirugías en otra área, son opciones” (Anestesiólogo N° 4).

Otra diferencia entre el área pública y privada es la relación que establecen los médicos con los pacientes. En este ámbito, se visualiza la pérdida de los valores tradicionales que estructuraban la comunicación entre ambos actores, una progresiva mercantilización con la que los profesionales vislumbran el actuar de los pacientes, y una mayor desconfianza de éstos hacia los médicos (Reeder, 1972). Esta situación es descrita especialmente por parte de los médicos más viejos, que relatan el tránsito desde un modelo de relación médico-paciente tradicional a uno regido por el consumismo del paciente. El primero se encontraba estructurado sobre la base de la confianza en las capacidades técnicas y valóricas de los profesionales por parte de los pacientes, y a su vez por un trato paternalista desde los médicos hacia las personas. En contraste, el escenario actual se concibe como excesivamente racional y comercializado. Tal como menciona el anestesiólogo N° 4, la expresión máxima de este cambio es la utilización del término “clientes” para referirse a las personas que buscan atención médica a los centros asistenciales.

“Progresivamente se ha perdido lo que existía años atrás, esta relación como paternalista de los médicos hacia los pacientes y se ha convertido progresivamente en una relación más comercial. De hecho ya en el hospital uno no escucha hablar de pacientes, sino de usuarios y hasta de clientes. El paciente no es paciente, es el usuario, entonces viene a usar el hospital y nos usa a todos y nos exige. Ya no se cree que el médico va a poner el máximo de sus potencialidades y voluntad para ofrecerle lo mejor que está en su capacidad con los recursos que existen en beneficio del paciente” (Anestesiólogo N°4).

Para los entrevistados, la excesiva comercialización de los pacientes es más notoria en el caso de los pacientes atendidos en el Sistema Privado. A partir de esto, los médicos manifiestan incomodidad ante las mayores exigencias que tienen los usuarios privados. Esta cuestión se asocia al hecho de que pagan un monto considerablemente más alto en comparación con los pacientes atendidos en el Sistema Público, por lo cual creen tener más atribuciones en lo relacionado con las condiciones en que se les otorgará la atención de los médicos. En este contexto, los pacientes privados se vislumbran como entrometidos en cuestiones relativas al ámbito médico, haciendo que los profesionales vean amenazado su

dominio sobre la expertís técnica en el área. Esto los obliga a tener que convencer al paciente de que sus decisiones son las mejores y que se encuentran fundadas en los conocimientos que posee. Actúa así el modelo de relación basada en la negociación que ha sido descrito por Szasz & Hollender (1956).

“Lo otro es que no me gustan mucho los pacientes en el Sistema Privado, porque creo que se sienten comprando un servicio, no que yo le estoy dando algo que es lo mejor por ellos, sino que ellos creen que tienen el derecho a elegir de repente, en ámbitos que son desconocidos para ellos. Porque es como si yo le fuera a decir a un arquitecto o a un constructor que me está haciendo la casa: no, yo quiero que use esos sacos de arena, porque yo creo que esos son los que un amigo usó” (Anestesiista N° 6).

Por otra parte, se acusa que algunos colegas tienen un trato diferencial al momento de relacionarse con un paciente atendido en el Sistema Público y otro atendido en el Sistema Privado, que es más cordial y favorable para estos últimos. Aunque los entrevistados eludieron profundizar en los motivos de esta discriminación hacia los pacientes en función de su adscripción a las modalidades de aseguramiento, manifestaron que hay mayores instancias en el ámbito privado para que los médicos participen en gran parte del transcurso de la atención, y por lo tanto establezcan un acercamiento más personalizado con los pacientes. Al contrario de lo que sucede en los hospitales, en donde el mismo paciente suele ser atendido por médicos distintos a lo largo de un tratamiento.

“Eso se da porque hay cirujanos que a veces los ponen en tabla y tienen que operar a algún paciente que ni siquiera ha visto él en su policlínico, no son pacientes propios tampoco...En el Sistema Privado es distinto porque es tú paciente; lo conoces desde la consulta, tú le indicas la cirugía, tú lo operas y lo ves en el post operatorio” (Anestesiista N° 6).

Un punto de coincidencia en los relatos de los entrevistados es la caracterización de la atención pública más concreta y mecanizada que en la parte privada, producto de que los tiempos que disponen para cada paciente en los Hospitales son inferiores al compararlos con los de las clínicas o con los de las Consultas Particulares. En efecto, se acusa un escenario de alta presión asistencial, que opera de modo permanente con un alto requerimiento por parte de los pacientes, y una elevada cantidad de personas por cada turno. Esto hace que se acoten los tiempos de las consultas; por ejemplo, se tratan sólo las patologías de urgencias que posee el paciente. En definitiva, el vínculo médico-paciente es más escueto y restringido.

“Es corta... Porque detrás de ese paciente vienen treinta más. Pues mira, tienes que acortar tiempos con el paciente en la silla, entonces no le alcanzas a explicar lo suficiente las cosas, o todo lo que tú quisieras, esa es una de las primeras repercusiones. A veces puedes hacer cosas muy puntuales y saltarte otras en pro de los pacientes que continúan” (Oftalmólogo N° 3).

“Haber, no sé si es más frío pero en el fondo uno es más concreto con el paciente del hospital. Uno dice: ¿A qué vino?, ¿Qué le molestó? Y uno se enfoca a eso. En este caso, si a mí un paciente me dice: veo mal porque necesito lentes. Entonces yo le veo los lentes, ¿Me entiendes? En cambio acá, en la consulta uno tiene más posibilidad de abarcar un

poco más, incluso de conversar con el paciente y preguntarle otras cosas distintas. En el hospital es detallado a lo que vamos” (Oftalmólogo N° 5).

Otro tema que se evidencia en el discurso médico en este ámbito, es el aumento de las expectativas de los pacientes en relación a la atención que reciben por parte de los profesionales de la salud, especialmente en el caso de los médicos anestesistas. Esto también ha sido manifestado en el estudio de Vukusich et al., (2004) y de Román, (2007). Los entrevistados mencionan que tradicionalmente las personas se resignaban con mayor facilidad a los dolores derivados de su enfermedad, situación que ha ido mutando hacia una mayor responsabilización del médico de complicaciones físicas de los pacientes. A partir de ello, se exige al médico la utilización de la tecnología disponible en procedimientos que en el pasado se llevaban a cabo sin la ayuda de sedantes, y ante las cuales el paciente se veía obligado a soportar el malestar que le provocaban las intervenciones.

“Pero hay mucha cosa que antes se hacía sin anestesista y ahora se hace con anestesista...Antes los pacientes se aguantaban mucho para resolver los problemas, hoy todo el mundo tiene mucho más acceso a resolverse los problemas. Y la gente se hace más cosas que antes, y eso pasa por tener más profesionales y entre ellos más anestesistas. La gente hoy no se aguanta las dolencias; un dolorcito en la ceja, la oreja o el pelo...lo piden. Las expectativas que tiene la gente con su bienestar han aumentado mucho, la gente se quiere resolver mucho más las cosas y le exige a la salud del país entregar más prestaciones, y vamos todos allí” (Anestesista N° 4).

Los especialistas en oftalmología también se refirieron a un vínculo más comercializado hacia los pacientes atendidos de forma privada. En esta disciplina las personas evalúan cada vez más críticamente el actuar del médico, en función de lo cual pueden cambiar de profesional, evaluando los resultados del tratamiento dispensado por el oftalmólogo, es decir, en términos de costo-eficiencia. Esta situación es diferente en el área pública, donde los médicos describen a un paciente que si bien ha ido cuestionando cada vez más los aspectos relacionados con su atención, mantiene actitudes más gratificantes hacia los médicos, puesto que sus opciones para escoger al profesional se encuentran coartadas y sujetas a la división del trabajo que efectúan los directores de los servicios clínicos.

“...el paciente del hospital es distinto, es súper agradecido. Bueno, ha cambiado un poco últimamente, ya no es como hace 10 años o un poco menos, pero es un paciente muy agradecido; al paciente pobre le toqué yo y mala pata, tiene que apechugar nomás...jajaja. En la consulta privada no le gustó y se manda a cambiar, en el fondo es diferente” (Oftalmólogo N° 2)

La actitud más pasiva de los pacientes atendidos en los hospitales es vista positivamente por los médicos, pues en algunos nudos claves de su trabajo cotidiano el hecho de que éstos soporten tiempos de espera mayores a los normales ayuda a que los médicos ejecuten su trabajo más fácilmente, sin dar explicaciones. Este fenómeno ha sido descrito por Coe, (1979), quien señala que los médicos prefieren al “buen paciente”, como aquel que requiere de poco tiempo para realizar la atención.

“Pero el hospital da otra cosa, en el fondo uno se gratifica con otras cosas; los pacientes son muy agradecidos, son súper entregados con uno...no es que te crean más que en la parte privada, pero es como otra la relación que se establece en los Hospitales Públicos, la relación médico-paciente es distinta, ellos son más pacientes ¿Me entiendes? En el fondo, la primera cosa es que jamás te discuten o te alegan porque tú te demoraste más de una hora en atender, porque además ellos están viendo que hay mucha gente y que estás todo el rato trabajando, entonces es súper poco el reclamo que te hacen. En cambio acá en la Consulta aunque vean que la sala de espera esté llena y que tú no has salido de acá, si tú pediste la hora a tal hora y no te atienden es como...es decir, no logran entender que uno se puede ir atrasando según cada paciente que valla teniendo” (Oftalmólogo N° 5).

Es importante destacar que en el marco del desempeño público de los entrevistados, se mencionan diversas condicionantes que inciden en la relación que establecen con los pacientes. Tal como se señala a continuación, los profesionales que trabajan parceladamente en el sector público-privado denotan con mayor nitidez el hecho de que en el primero hay un interés institucional del hospital por cumplir con las metas de productividad que se le imponen desde el nivel central como condicionante para la obtención de financiamiento. Esto último ha ido deteriorando el vínculo que los médicos establecen con los pacientes; señalan que la “producción en serie” a la que se ven sometidos promueve un trato deshumanizado y una atención despersonalizada. Esta problemática es evidente en el caso de los anestesiólogos, especialidad en la que las terapias de sedación y reanimación se mecanizan, sin que se considere a las personas en su dimensión bio-psico-social.

“Todo ese prisma tú no lo tienes en la parte pública cuando tú estás exigido a trabajar en serie, entonces al final lo duermes y lo despiertas, lo duermes y lo despiertas, y obviamente no hay ninguna interacción con nadie. Es una atención mucho más fría: ya, vámonos apurándonos porque tenemos que traer al otro” (Anestesiólogo 05).

4.1.2.- Cambios producidos por el AUGE-GES en el Sistema de Salud chileno

A partir de las experiencias que relatan los médicos en torno a su quehacer profesional, se fueron construyendo las diferentes valoraciones con que los entrevistados identifican su desempeño en el subsector público y privado. En el marco de los resultados que fueron expuestos en el acápite anterior, y que se refieren a elementos estructurales que trascienden a la implementación de la actual Reforma de Salud AUGE-GES, a continuación se expondrá la descripción del discurso médico relativo a los cambios que ella ha representado para el Sistema Sanitario, especialmente para el sector público.

En este acercamiento, una primera mirada da cuenta que los entrevistados manifiestan que la Reforma de Salud AUGE-GES implicó un aumento de recursos hacia los hospitales, lo cual contrasta con la situación precedente, que se visualiza con un nivel central tremendamente despreocupado por el sector público en cuanto a la entrega de financiamiento para la operación de los servicios.

“(La distribución de recursos) era pobre para toda la oftalmología, en general. Si era pobre el hospital, para oftalmología era mucho más pobre, era mucho más difícil. Por ejemplo nosotros empezamos a operar cataratas y el paciente tenía que comprarse el lente porque no había qué ponerle. Con el AUGE cambio todo” (Oftalmólogo N° 7).

En tal sentido, la reforma ha venido a subsanar parcialmente esta tendencia, con una renovación del equipamiento y un aumento de la infraestructura de los hospitales, en comparación con la tradicional distancia que ha existido con las clínicas.

"...la cantidad de recursos que ha llegado al hospital nunca había sido vista, nunca habíamos visto tanto recurso en equipamiento, en insumos como lo vimos durante toda una vida. Yo diría que son estos últimos años en los que el gobierno, el Estado ha inyectado recursos millonarios a los Hospitales Públicos, la calidad de nuestros equipamientos es lejos superior, o de igual calidad que la mejor clínica de Santiago" (Anestesiista N° 1).

Es posible reconocer que este aumento de recursos desde el nivel central hacia los hospitales ha permitido que los médicos hayan redirigido los nuevos mecanismos que se han dispuesto para atender a los pacientes GES, hacia pacientes que si bien no tienen esta cualidad necesitan de un tratamiento médico.

"Porque como tienen que cumplir, tienen que tener todo el instrumental quirúrgico y todas las cosas adecuadas para llegar a esas metas que se autoimpuso el AUGE, entonces por lo menos en esas patologías se ha visto equipado. Además, el jefe nuestro también ha tenido la visión de aprovechar recursos de eso y destinarlos también a equipar otras cosas que no sean el AUGE" (Oftalmólogo N° 7).

"...evidentemente te permite la excusa de que lleguen esos recursos porque tienen que brindar una atención de calidad al AUGE, pero evidentemente que se aprovechan en todos los pacientes. Es decir, en el fondo ha beneficiado también a los que no son AUGE..." (Anestesiista N°1).

En este marco, también se rescata un cambio en la relación que establecen los médicos con las direcciones administrativas y financieras de los hospitales. Antes de la implementación de la reforma, éstos ponían más trababas para el trabajo de los profesionales puesto que desconocían las necesidades que los médicos tenían en relación a la atención de los pacientes, especialmente en lo relativo a la adquisición de medicamentos o insumos médicos. Esta problemática se hacía mucho más nítida en el caso de los oftalmólogos, puesto que desde la administración hospitalaria existía una predisposición negativa de la entrega de recursos hacia este servicio en particular, al tratarse de patologías que eran vislumbradas como secundarias, menos importantes en relación a las urgencias vitales. Lo anterior desembocaba en que los gestores asumieran que el trabajo oftalmológico podía hacerse con los pocos recursos de que ya se disponían.

"Pero ahora a este nivel la gente sabe más, los equipos directivos saben más entonces te cuestionan menos cuando tú solicitas alguna cosa en específico para una patología determinada, cosa que antes no era así. O sea, antes estaba la cultura previa de ponerte trabas por todo; no existe, no hay platas, no se puede...el paciente va a perder el ojo pero no se va a morir. Por eso ahora es distinto" (Oftalmólogo N° 4).

"Ahora estamos mucho mejor equipados, se nos escucha más a oftalmología. Oftalmología era un servicio perdido antes de que empezara el AUGE. Ahora no, ahora es un servicio predilecto porque somos los que más tenemos patologías AUGE, lejos. Por lo tanto los cambios han sido muchos en recursos para las patologías AUGE" (Oftalmólogo N° 7).

También se menciona que ha sido notorio el aumento de la presión desde las autoridades de los hospitales hacia los Servicios Clínicos para que estos últimos cumplan con las garantías establecidas para los pacientes GES.

“O sea, cada vez que se atrasa un poquitito algún paciente por algunas razones contingentes digamos, al tiro aparece la luz roja y nos presionan...yo me doy cuenta de que hay una preocupación importante de las autoridades del Hospital en cumplir con las garantías” (Anestesiista N°4).

Algunas de las prácticas que se han implementado para este objetivo han significado un quiebre en la forma en que tradicionalmente operaban los hospitales. Por ejemplo, se menciona que hasta antes de la implementación de la Reforma de Salud AUGE-GES, los pabellones funcionaban únicamente en las mañanas, lo cual ha quedado obsoleto y actualmente se ocupa infraestructura hospitalaria en las tardes.

“Los pabellones a partir de las 13:00 - 14:00 de la tarde estaban dormidos. Ahora con el AUGE, prestaciones valoradas, compromisos de gestión se le han puesto más exigencias a los hospitales. Se han abierto los pabellones y ha habido una oleada de actividades que se están haciendo en las tardes. Antes habían 1 o 2 pabellones que se ocupaban en las tardes. Con el paso de los años uno ha sido testigo de cómo una infraestructura que estaba ociosa se ha ido ocupando” (Anestesiista N° 4).

Pese a lo anterior, el relato médico da cuenta de que el aumento de recursos que representó la Reforma de Salud AUGE-GES, no ha sido suficiente para suplir las necesidades de salud de las personas que se atienden. Esto se hace patente, pues la principal falencia denunciada por los entrevistados respecto a su desempeño en el sector público es la incapacidad del sistema hospitalario para dar atención a todos los pacientes que tiene asignado el centro asistencial. En esta problemática entran en juego elementos estructurales en la orgánica del sistema que no fueron mejorados ni intervenidos con la implementación de la reforma.

Se apunta que una gran falencia que se ha mantenido es la insuficiente cantidad de salas de recuperación a donde se derivan los pacientes luego de las intervenciones quirúrgicas invasivas. Según los entrevistados, esta cuestión se traduce en un desacoplamiento del sistema, provocando que los pacientes se encuentren en el post operatorio por un tiempo considerablemente más alto del que es prescrito por los profesionales al no poder ser derivados al servicio respectivo. Esto implica que los pacientes que se encuentran en la lista de espera vean postergadas sus operaciones, y por tanto se genera un retraso generalizado en el funcionamiento del hospital.

“En este momento el 60%-70% de las tablas quirúrgicas que se caen es por falta de cupos de recuperación. Y esa falta de cupos de recuperación más que por nuestros procesos intrínsecos de recuperación anestésica nuestra, es porque acá nosotros asumimos la urgencia de todo Valparaíso...La recuperación se atocha, no hay cama en el hospital y por tanto no habiendo cupos de recuperación no podemos operar. Este es un continuo, se crea el tapón en alguna parte y no podemos operar nada electivo. Y tenemos que privilegiar los poquitos cupos que queden para la Urgencia, entonces se caen por ahí las tablas” (Anestesiista N° 7).

Ante este obstáculo, los profesionales manifiestan sentirse impotentes, pues consideran que la responsabilidad del desajuste estructural recae en el cuerpo directivo del hospital, situándolo como un problema derivado de la mala gestión, que ha ido repercutiendo en el quehacer cotidiano de los profesionales.

“En cansancio. Un poco de...como te podría expresar, pesimismo explícito digamos. Que las cosas no van a cambiar, que esto no va a resultar, que siempre estamos peor que antes. Mientras no se inyecten más recursos y no hayan más hospitales para la demanda de la población, vamos a seguir marchando un poquito a medias” (Anestésista N° 8).

Esto último es relatado en el caso de prácticas de los profesionales que se han orientado a suplir esta situación, sacando a los pacientes luego de la operación a salas que no están acondicionadas para recibirlos en las condiciones establecidas para ello. Lo anterior provoca temor en los médicos, puesto que son conscientes de que con ello se arriesga la salud de los pacientes, y por lo tanto el prestigio profesional por la responsabilidad que les traería. De esta manera, se hace patente el concepto de latrogenesis clínica descrito por Illich (1978), es decir, el temor ante posibles acciones médicas que pudiesen gatillar en un deterioro para la salud del paciente.

“De hecho nos arriesgamos, sacamos a pacientes a pre anestesia a un lugar que no es una recuperación. Nos arriesgamos en cierta medida a eso, nos arriesgamos nosotros mismos y el paciente por el beneficio de otro. Han ocurrido un par de cosas que afortunadamente no han terminado con resultados fatales...Porque nos da rabia, porque los que están gestionando esto no hagan nada por resolverlo, ¿Por qué nosotros tenemos que resolverlo? No depende de nosotros... Quizás es un problema de gestión, desconozco cómo funcionan los otros servicios, pero para mí es un problema de las dos cosas; de gestión y de capacidad” (Anestésista N°6).

Otra situación que se enmarca en este insuficiente aumento de recursos a partir de la implementación de la Reforma de Salud AUGE-GES es el hecho de que en algunos centros asistenciales siguen sin contar con una Unidad de Cuidados Intensivos a la cual dirigir los pacientes que lo necesitan luego de ser operados. En este caso, mientras se evalúan las posibles soluciones, entre ellas el evacuar a otro paciente para la obtención de esa cama, el usuario se mantiene dentro del pabellón recién operado sin los requerimientos bio-médicos que les debe brindar esta unidad. Así lo relata el anestésista N° 8, quien reconoce que algunos pacientes han muerto esperando ser derivados a la sala respectiva.

“Entonces cuando tiene que haber un médico tratante y sin embargo no se va a una UCI, queda en el espacio de pabellón, está en espacio muerto la verdad, donde nosotros hacemos como tratante del paciente que sigue en pabellón, pero sin embargo no tenemos todas las herramientas para iniciar un tratamiento porque estamos hablando de fármacos que no tenemos autorizados, porque estamos con un arsenal de pabellón y no de cuidados intensivos. ¿Me entiendes? Ha habido pacientes que se mueren esperando UCI, pacientes realmente descompensados que efectivamente se mueren. Probablemente se iban a morir igual en la UCI, pero se han muerto en pabellón porque son graves y esperan UCI” (Anestésista N° 8).

En estos términos, se relata una adaptación forzosa del sistema para dar cabida a las necesidades que le son asignadas al hospital. Un ejemplo de lo anterior es que se ha

cambiado la distribución de los pabellones operatorios, otorgando más cantidad de horas médicas a los pabellones que operan patologías consideradas más urgentes.

“En los turnos de urgencia la situación es más crítica yo creo, porque el pabellón físicamente se encontraba abajo. Eso se cambió un poco por razones administrativas y de infraestructura acá al sexto piso, pero se quitaron dos pabellones que eran de cirugía electiva y se otorgaron a la urgencia, entonces por aumentar la urgencia tenemos dos pabellones quirúrgicos menos de tablas. Acá son nueve pabellones; en un tiempo habían nueve pabellones funcionando con cirugías electivas, ahora hay siete pabellones de cirugías electivas más dos pabellones de urgencia” (Anestesista N° 8).

Otra falencia del Sistema de Salud es la escases de recurso humano. Esta problemática ha sido un nudo clave en el mal funcionamiento que ha presentado el Sistema de Salud (Méndez, 2009). Los médicos entrevistados apelan porque la línea de acción al respecto sea el aumento en la formación de médicos especialistas que ayuden a descongestionar la red de atención pública. Sin embargo, se reconoce que la larga duración de los estudios y la tendencia hacia la privatización de las nuevas generaciones son los principales obstáculos en esa dirección.

“Lo que está faltando aquí, y lo sabe el gobierno y lo sabemos todos los especialistas, son la cantidad de especialistas. Y eso todavía nos van a faltar un par de años, alrededor de cinco o diez años para lograr que los especialistas que se formen sean suficientes en número, y que ese número formado de especialistas se quede en el Hospital Público, que una vez formado no se vaya a trabajar en el área privada” (Anestesista N° 1).

Esta falencia se vio acentuada con la implementación de la Reforma de Salud AUGE-GES. A partir de ella, se estableció la obligatoriedad de que determinados médicos especialistas participen del diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento de algunas de las patologías con garantías GES. Lo anterior se hizo patente en el reconocimiento del déficit de especialistas en anestesia que requieren los hospitales, puesto que muchas de las patologías incluidas en las canastas GES requieren de sedantes. Para los entrevistados, esta problemática no fue considerada en la implementación de la Reforma de Salud, por lo cual se vislumbra como una de las principales deficiencias crónicas del Sistema.

“Yo creo que porque cuando se planteó hacer el GES no se vio simultáneamente la disponibilidad que había tanto de especialistas que pudieran solucionarlo, como la capacidad de los hospitales, es decir el número de cama. Pensando en el número de camas más el número de especialistas para solucionar un problema determinado no era suficiente para aplicar el GES de la noche a la mañana. Entonces no porque yo dicte una ley, que pudiera ser muy buena, necesariamente se pueda hacer, no es viable” (Anestesista N° 3).

La cita anterior denota que la baja disponibilidad de anestesistas se ha mantenido constante desde la implementación de la Reforma de Salud, ante lo cual no han existido políticas focalizadas en solucionar el déficit. Más bien, se vislumbra como una crítica manifiesta el hecho de que se esté aumentando el número de patologías que poseen garantías GES, sin que eso esté de la mano con una optimización del recurso humano al interior de los hospitales.

“Entonces tienes una brecha muy grande entre lo que tú ofertas como GES y la realidad de lo que tienes para hacerlo. Y esa diferencia es la que genera los tiempos de espera en parte, porque hay parte de recursos de implementaciones como de recursos humanos. Pero como recursos humanos está deficitario” (Anestésista N° 3).

Es relevante señalar que en este ámbito se encontró una posición diferente por parte de los oftalmólogos. Estos profesionales manifestaron, al contrario del argumento expuesto por los anestésistas en cuanto al bajo número de especialistas, que la falencia no es la cantidad de oftalmólogos, sino su inequitativa distribución entre el subsector público y privado de salud, y entre las regiones del país. En torno a esta justificación del número actual de colegas es posible observar que se entretienen lógicas de acción que apuntan a conservar la exclusividad sobre el campo laboral, limitando el ingreso de nuevos profesionales a la especialidad, fenómeno que es definido por Freidson (1986), aludiendo a un “control de la demanda”. Así queda manifestado en la referencia que efectúa el oftalmólogo N° 3, en relación al “mito” de que los oftalmólogos son pocos.

“No son pocos, cumplimos absolutamente los estándares que se necesitan a nivel mundial, incluso mejores. Lo que sí puede ser que a nivel del país no estén bien distribuidos; en Santiago, V región y Concepción hay de sobra, de sobra, absolutamente de sobra. En zonas extremas faltan oftalmólogos, eso sí. Lo que sí puede ser es que no hay tanto en el Servicio Público...Entonces existe un mito de antes de que los oftalmólogos son muy pocos, y no son muy pocos, somos bastantes oftalmólogos (Oftalmólogo N° 1).

Esta problemática se aprecia también en ámbitos concretos del funcionamiento hospitalario, a partir de los cuales emerge un discurso que indica un supuesto exceso de oftalmólogos. Sin embargo, este argumento se entiende en función de las limitaciones de infraestructura física, pues en algunas ocasiones hay más especialistas de los requeridos por la falta de pabellones quirúrgicos para que éstos operen a los pacientes. En tal sentido, el número de especialistas es suficiente para cubrir estos lugares de atención, pero claramente marginal para atender las necesidades de todos los pacientes.

“Acá hay días en que hay exceso de oftalmólogo. Hay días en que se puede equipar dos pabellones nomás, entonces se opera en dos, así como hay días en que hay muchos. Pero en este momento está pasando eso; hay mucho colega y no tienen pabellón para operar” (Oftalmólogo N° 3).

Otra de las críticas en torno a recursos humanos, queda de manifiesto al relatar situaciones coyunturales en donde la falta de personal de apoyo médico es la principal traba para que la red de atención pública funcione en términos más o menos razonables. Puntualmente, se alude a que por momentos la falta de profesionales de asistencia, como paramédicos y enfermeras, ha repercutido en que los médicos no puedan operar y se tengan que desempeñar en labores anexas a las cirugías.

“O sea, puede que esté el pabellón, pero en el pabellón tú necesitas la anestésista, la auxiliar de anestesia, la pabellonera, la arsenalera...que son personas que no son médicos y que tienen que estar y si te falta una ya no puedes operar” (Oftalmólogo N° 6).

En torno a este mismo punto, otra de las críticas que efectúan los entrevistados a la Reforma de Salud AUGE-GES es que no dispuso del personal de apoyo suficiente para las labores administrativas que asistieran el quehacer de los médicos. Se relata que en el inicio de la reforma se produjo un gran desconcierto, puesto que si bien se encontraban especificadas las indicaciones para dar respuesta a los nuevos requerimientos del sistema, no se había designado el personal respectivo para las tareas de secretaría. Si bien los discursos se focalizan al inicio de la reforma, queda de manifiesto que esta es una problemática que sólo se ha atenuado parcialmente con soluciones improvisadas con el pasar de los años.

“Pero todas esas cosas requieren muchas labores de secretaría, de tener almacenamiento de información, o sea que necesitas la informática, y eso nunca se puso, y de hecho todavía no está....Entonces qué pasa, que la misma secretaria del Servicio de Traumatología que tiene que hacer todos los protocolos, recibir a los pacientes, que se yo, le enchufan la cuestión del GES también. Entonces nopo. Si así no ha funcionado, esa es la idea de Chile po. Chile and wei; nace la idea y después se implementa en el campo” (Anestesiista N° 4).

Mirados desde una perspectiva general, se aprecia que el discurso médico en torno a la Reforma de Salud AUGE-GES se articula sobre una idea en común; a saber, que si bien ésta implicó un aumento de recursos a los hospitales, éstos no fueron suficientes para suplir la demanda de las garantías explícitas. Esta idea se justifica en el hecho de que pese a los contrastes que tienen los discursos, las falencias son integrales en todos los ámbitos del funcionamiento hospitalario, es decir, se carece de los recursos humanos, físicos y materiales para que el servicio público resuelva las necesidades de salud de la población que están contenidas en el GES.

“P: O sea, en el fondo si el servicio estuviese determinado a cumplir por sí mismo con sus propios recursos con la demanda del GES, ¿Actualmente daría abasto?”

R: No, no porque la demanda es mucha. Partiendo porque no hay personal suficiente, no tenemos el espacio suficiente. Y ya si tuviéramos que absolver todo el GES tampoco daría el equipamiento necesario para ello” (Oftalmólogo N° 4).

4.1.3.- Cambios del AUGE-GES en el Campo Profesional de los Médicos

En el marco de estos cambios que significó la implementación de la Reforma de Salud AUGE-GES, se desprenden elementos que circundan de un modo más próximo a nuestro objeto de estudio. La dinámica de la profesión médica se vuelve imposible de comprender sin entender el fenómeno de manera hermenéutica, tomando como punto de partida los factores que han venido siendo expuestos. Consecuentemente, a continuación se describirán los cambios más inmediatos producidos a raíz de la reforma en el Campo Profesional de los médicos.

Las Guías Clínicas son los instructivos que reglamentan la atención de los pacientes que presentan las patologías cubiertas en las garantías GES. Su contenido establece los pasos a seguir por parte de los profesionales de la salud en relación a pacientes que tienen determinadas características. Contempla los distintos tipos de acciones terapéuticas que corresponden ante un determinado caso. Son aplicadas a todos los pacientes que ingresan

al sistema AUGE del país. Desde el análisis de los discursos se advierte que las Guías Clínicas han actuado como un potente mecanismo de estandarización de la labor clínica de los médicos que ha re definido su quehacer laboral; las decisiones y prácticas que tradicionalmente los médicos han efectuado para dar la atención a los pacientes.

El relato de los entrevistados denota que en términos generales hay una visión positiva de las Guías Clínicas, puesto que han establecido criterios comunes para que las decisiones médicas dejen de ser una preferencia individual del médico tratante y se avale en un consenso colectivo, gracias a lo cual hay más claridad sobre las indicaciones a seguir. Estos resultados son consistentes con los de Lemp & Calvo (2012) y los de Bascuñán et al., (2011). Las principales razones que sustentan esta valoración positiva es que se han equiparado los conocimientos entre los miembros de una especialidad, que se han establecido pautas para orientar el trabajo médico, y que han permitido comparar y evaluar los tratamientos dispensados por los profesionales.

“Yo creo que han sido buenos en general, las Guías Clínicas son una buena recomendación del trabajo. Hace que la gente nivele la atención, que después pueda observar resultados, pueda comparar en el tiempo. Nosotros no hemos tenido problemas en el sentido que la guía sea muy restrictiva, o que obligue a dar una atención que no sea pertinente para ciertas patologías...han sido buenas. Ha permitido que la gente se ponga de acuerdo, que trabajen en una sólo línea, que después eso sea evaluado, que sean comparables los resultados. Yo creo que en anestesia han sido buenas” (Anestesiista N°1).

“Son buenas porque en el fondo yo creo que en oftalmología las guías están bien hechas. Ha sido un aprendizaje, al principio sobre todo la gente más antigua a lo mejor nos costó más entrar a comprender las cosas, pero se entienden rápidamente y se aplican. Yo creo que en oftalmología no estamos en desacuerdos con las Guías Clínicas, en general...yo creo que ahí ha habido una coordinación en la parte oftalmológica bastante adecuada con las autoridades” (Oftalmólogo N° 6).

Sin embargo, una actitud más crítica concibe a las Guías Clínicas sin el poder resolutivo que deberían formalmente tener, visualizándolas más bien como un material consultivo de la labor médica y no como mandatos obligatorios que se deben aplicar de forma exhaustiva. Esta postura acusa que las Guías Clínicas fueron efectuadas sin el consentimiento de las asociaciones gremiales de los médicos, y que a lo largo del tiempo no han existido instancias para que sean discutidas.

“Son solamente una ayuda, pero son deficientes y muchas veces no hemos estado de acuerdo con las Guías Clínicas. Y cambiar una Guía Clínica cuesta mucho. El Ministerio obviamente necesita demasiada información para cambiarla. Las primeras Guías Clínicas fueron hechas con sugerencias de oftalmólogos, pero no de acuerdo con los oftalmólogos... Los oftalmólogos dijeron lo que tenían que hacer, pero finalmente el Ministerio es el que decide la pauta...uno se adapta o convenciendo al hospital de que se necesitan más cosas hasta que la Guía Clínica cambie. Las Guías Clínicas van un poco más atrasadas de lo que debieran ser, y muchas veces son eso, solo guías” (Oftalmólogo N° 1).

A partir de esta argumentación, las Guías Clínicas se conciben como instrumentos desactualizados que han tendido a establecerse de manera definitiva, excluyendo la posibilidad de incluir los ajustes derivados de la experiencia en su aplicación por parte de los médicos. Se puntualiza en el hecho de que frente a patologías similares existen diferentes

criterios para considerarlas dentro de las garantías GES, y por lo tanto se prescriben tratamientos diferentes a pacientes similares sin que exista un criterio clínico que lo avale, más allá del hecho de que una de ellas pertenece al sistema GES y la otra no. Además, un punto débil es que los medicamentos contemplados en ellas no siempre están actualizados.

“...no son claras, que no incluye todo lo que debiera incluir. Por ejemplo en trauma ocular grave solamente incluía dos o tres tipos de trauma y no todos. Por ejemplo un golpe en el ojo no lo incluía y no estaba garantizado el tratamiento, sólo lo incluía una herida cortante que eso ya había que suturarlo, y eso había que avisarles. Tampoco no siempre incluía los medicamentos, los medicamentos no siempre estaban actualizados, y eso hay que irlo insistiendo, insistiendo, insistiendo hasta que se acabe...” (Oftalmólogo N° 1).

También se describen situaciones en las que las Guías Clínicas presentan ambigüedad en lo relativo a la prescripción de las acciones terapéuticas, principalmente respecto a las condiciones del paciente para ingresar a la red de atención pública bajo la categoría GES. En este caso, los esfuerzos de los médicos pasan porque el paciente preferentemente tenga la cualidad de una patología GES, puesto que al hospital le significa una cantidad de recursos financieros por cada patología de este tipo que se opere.

“Sí, a veces. Está bastante claro quién entra y quién no, pero a veces pudiera ser un poquito difícil diferenciar. Acá en el Hospital entra al AUGE igual porque el AUGE lo cubre igual” (Oftalmólogo N° 3).

Un punto de gran relevancia para la investigación es que pese a la actitud generalmente favorable que presentan los entrevistados respecto a las Guías Clínicas como instrumento de estandarización, se identifican también nudos de resistencia hacia la reglamentación y pauteo de las acciones que deben seguir los profesionales. Estos espacios se describen como muy difíciles de generalizar puesto que se trata de patologías con diversos énfasis, tipos y niveles de avances, que además varían según las patologías asociadas que tiene cada paciente. Estos factores inciden en que el éxito de una acción terapéutica no se pueda establecer a priori. Por ello, se apela porque en este caso las indicaciones dependan en mayor grado del análisis clínico individual del profesional, tomando en consideración las particularidades del paciente. Este es el caso del glaucoma para los oftalmólogos, patología en la cual las opciones de tratamiento son diversas y se deben ajustar a cada tipo de paciente, por lo cual no es posible establecer líneas de acción universales para todas las personas que tienen esta patología.

“Y en lo del glaucoma para mí eso es el terror. O sea yo esperaba y decía; por favor que no la saquen. Y si lo saquen, que garantice el tratamiento, pero garantizar otra cosa con el glaucoma es difícil porque no los puedes estandarizar. No puedes estandarizar a un paciente con glaucoma, y ni siquiera el tratamiento, porque un paciente te responde al travatan, el otro te responde al omigal. O un paciente le vas a dejar timolol y es asmático entonces no podís, tienes que dejarle el travatan, o además tienes que dejarle como es asmático otra gota más que no es el travatan, pero acá tenemos solamente timolol...tendría que dejarle otra gota que no está en el hospital y tiene que comprar, pero el paciente no lo puede comprar, entonces como no lo puede comprar lo voy a tener que operar, pero si lo pudiera comprar no lo tendría que operar” (Oftalmólogo N°4).

También es posible observar que conjuntamente con estos nudos de resistencia a la estandarización que presentan las Guías Clínicas, se aprecia una adaptación más activa hacia éstas. Esto queda de manifiesto ante situaciones en las cuales las Guías establecen recomendaciones que son más bien generales, y dejan un espacio considerable a la acción de los médicos, que a la vez es potenciado por éstos para implementar líneas de acción fundadas en decisiones individuales. Ejemplo de lo anterior queda plasmado en el relato que se expone el oftalmólogo N° 5, en donde da cuenta de cómo los médicos pueden flexibilizar los criterios establecidos para que los pacientes ingresen a la red de atención bajo las garantías GES, y se puedan operar más rápidamente.

“Por ejemplo las cataratas en el hospital A, las guías nos dicen que para ser cataratas tiene que ser tal visión...pero hay muchos pacientes que tienen glaucoma asociado, entonces para que se puedan operar más rápido uno los ingresa al GES por glaucoma y cataratas. Lo opero de las dos cosas, pero en el fondo la prioridad era el glaucoma, pero para que fuera más rápido lo ingreso por los dos. ¿Me entiendes? Entonces ahí uno eso lo va manejando. En el fondo ya no es tan estricto, es como que las Guías Clínicas están pero uno les da un poquito más de criterio” (Oftalmólogo N° 5).

Otra manifestación de este tipo de adaptación activa se visualiza en los cambios que significó la reglamentación administrativa que contemplan las guías. En ellas se establece que el llenado de formularios para ingresar al paciente a los programas de seguimiento es una tarea exclusiva de los médicos tratantes que diagnostican la enfermedad. Sin embargo, la reacción del sistema ha sido implementar una solución alternativa, puesto que se ha reorganizado el personal de apoyo para que ésta labor sea una tarea ejecutada por un paramédico a la salida del box de atención, puesto que para los médicos significaba gastar una cantidad considerable de tiempo en secretaría y acortar el tiempo para examinar al paciente.

“Entonces una cosa de adaptación fue contratar a otro paramédico sólo para que llene los datos del formulario. Es un paramédico que está escribiendo para todos. En estricto rigor es responsabilidad del médico efectivamente, pero si uno se pone a llenar desde la dirección del paciente...nosotros llenamos lo que es diagnóstico e indicaciones y todo eso, la firmamos y listo” (Oftalmólogo N° 5).

Uno de los cambios más inmediatos sobre el Campo Profesional de los médicos se refiere a la notoria postergación de las atenciones a pacientes que tienen patologías que no están cubiertas en el AUGE. Esta es una cuestión que emergió como una opinión compartida por todos los entrevistados y es una problemática que ha sido estudiada en múltiples investigaciones en torno a la Reforma de Salud (Román, 2007; Román & Muñoz, 2008; Valdivieso & Montero, 2010). Los relatos analizados plantean una diferenciación crucial respecto a los efectos de la reforma en los pacientes GES y quienes no se encuentran en esta categoría, visualizándose como muy positiva en el caso de los primeros, pero que ha venido a empeorar la oportunidad de recibir atención para los segundos.

“Yo creo que para los pacientes que están en el AUGE el sistema ha sido bueno porque le ha solucionado problemas en forma bastante más rápida y de forma relativamente eficiente. Pero para la gente que no está en el AUGE el problema ha sido muy malo,

porque si antes tenían pocas posibilidades de entrar ahora tienen menos posibilidades de entrar, entonces tienen menos posibilidades de ver sus problemas resueltos...Yo creo que el AUGE es bueno para la gente que tiene la suerte de tener alguna patología en el AUGE, y que el AUGE es malo para la gente que no está en el AUGE, porque la gente que no está en el AUGE lamentablemente tiene pocas posibilidades de solucionar sus problemas” (Anestesiista N° 2).

Se constatan experiencias en las que quedan de manifiesto complicaciones de salud en el caso de los pacientes NO-GES, producidas a raíz de la espera a la que éstos se ven sometidos como consecuencia de la focalización que el hospital realiza operando pacientes GES. Al comienzo estas patologías son leves, pero con el avanzar del tiempo empeoran y llegan a ser graves.

“Claro, y que entre comilla son menos graves (Las patologías NO-GES). Entonces qué pasa, que un paciente que tiene una tremenda hernia lo mandan a la lista de espera y no se opera porque no es GES, hasta que se estrangula y se le atasca. Y tiene que aparecer por la urgencia y es la única forma que se le opera, eso es lo complicado” (Anestesiista N° 5).

“Los cánceres por ejemplo. O sea, tú tienes un determinado número de pacientes en lista de espera de cáncer también, listas de espera de cáncer de mama otra cosa. Y quizás no es tan patente, no es que sea visible un cáncer de mamas pero la persona tiene cáncer, o sea día a día la cosa va avanzando” (Anestesiista N°5).

Un aspecto derivado de esta postergación de los pacientes NO-GES, y que traspasa directamente al Campo Profesional de los médicos, es la relegación de las especialidades que no se encuentran vinculadas mayormente con las patologías GES. A nivel institucional, la relegación obedece a la tendencia de las autoridades hospitalarias por fortalecer algunas especialidades por sobre otras, en cuanto a la dotación de recursos tecnológicos y por sobre todo en lo relativo a los cupos de camas en pabellón. Esto ha repercutido en que incluso se hayan desmantelado servicios clínicos, y que progresivamente los profesionales adscritos a estas especialidades se han visto desplazados al minimizar el trabajo de su expertis. Según menciona el anestesiista N° 4, este es el caso de los otorrinolaringólogos, que atienden a una gran proporción de patologías que no tienen la cobertura GES, y que por lo tanto pasan a ser consideradas como de menor importancia para el cumplimiento de las metas hospitalarias.

“Pero progresivamente empezaron a ser desplazados porque no había espacio en pabellón, porque les ocupaban las camas con otras patologías, entonces se aburrieron y se fueron. Bueno, no tenían espacio para crecer. Yo no sé qué pasa hoy con la patología otorrinolaringológica...porque empezaron a ser ocupados con otro tipo de cosas prioritarias para el hospital, entre ellas las del AUGE; la cadera, las cuestiones traumatológicas, urgencias. Prioridades, por lo tanto ¿qué hacen las autoridades del Hospital?: sabe qué, quédese aquí chiquitito o simplemente se va si no le interesa. (Anestesiista N° 4).

Para concluir el presente apartado, es necesario abordar la repercusión que trajo consigo la implementación de la actual reforma en el mercado laboral de los médicos, principalmente en lo que respecta a su vinculación con el sector privado. Tal como señala el extracto que se presenta a continuación, el interés de estas instituciones se aboca cada vez más a atender mayoritariamente a pacientes que están en el Plan AUGE-GES,

despreocupando y eludiendo dar operaciones quirúrgicas al resto de la población. Esta focalización en pacientes GES ha ido de la mano con un “cierre” del mercado laboral para los médicos, es decir, han tendido a utilizar como prestadores a un grupo estable de médicos con expertis y/o especialidades en la operación de las patologías GES. Particularmente este grupo de profesionales ha logrado conquistar un área de desempeño privado que les ha reportado mayores réditos económicos. Sin embargo, para los médicos que no se encuentran en esta condición ha sido perjudicial, puesto que se han clausurado tareas profesionales que no son de interés económico para las clínicas.

“...muchas clínicas están también abocadas a solucionar problemas AUGE, entonces yo creo que también eso debe haber influido en lo que es la libre elección de los pacientes. Entonces eso probablemente también significa una...como podríamos decir...un cierre de las clínicas frente a determinadas patologías. La mayoría de las clínicas que siempre fueron abiertas actualmente tienen tendencia a cerrarse, en el sentido que empiezan a trabajar con sus grupos de médicos y ese grupo de médicos es el que hace toda la actividad dentro de la clínica” (Anestesiista N° 2).

En resumen, es posible vislumbrar dos tendencias en relación a los cambios introducidos por la Reforma de Salud AUGE-GES en el Campo Profesional de los médicos. La primera apunta al aumento de la estandarización de la labor clínica, que es evaluada positivamente de modo general, pero que mantiene ciertos nudos de resistencia en el tratamiento de algunas especialidades. Por otra, el reacomodo del mercado privado al interior de las clínicas, que implica un fortalecimiento de las oportunidades de vinculación con estas instituciones por parte de los médicos para amplios círculos de profesionales.

4.2.- Las prácticas desarrolladas en el Campo Profesional de los Médicos

A partir de los elementos estructurales que han sido señalados, es importante ahora analizar las prácticas que los médicos han puesto en juego, y las estrategias que ellas representan. En este sentido, la documentación en torno a las implicancias de la actual Reforma de Salud AUGE-GES permite establecer que ella ha facilitado la capitalización del sector privado con recursos estatales (Valdivieso & Montero, 2010; Román & Muñoz, 2008; Román, 2007). Esto se produce a raíz de los incumplimientos que experimentan los centros públicos en cuanto a los tiempos establecidos para otorgar la Garantía de Oportunidad a los pacientes.

A continuación nos focalizaremos en las prácticas médicas generadas bajo estas modalidades. Los médicos aprecian con claridad las repercusiones de esta situación, puesto que una gran mayoría de profesionales trabaja paralelamente en el sector público y privado. Los relatos permiten identificar tres tipologías en la que los médicos se vinculan con este escenario: como dueños de Sociedades Médicas, como propietarios de Clínicas Privadas, y como prestadores externos por extensión horaria. Cobra relevancia entonces conocer qué repercusiones generan estas condicionantes sobre las prácticas médicas, cómo se re define el Campo Profesional de los médicos y qué percepción tienen éstos de la compra de atenciones desde los hospitales hacia el sector privado. A continuación se precisará cada uno de estos puntos.

4.2.1.- La conformación de Sociedades Médicas

Este vínculo con el sector privado se ha desarrollado principalmente en el caso de los especialistas en anestesiología. Tal como se observa en la cita que se presenta a continuación, la Reforma de Salud AUGE-GES ha incentivado a los hospitales a comprar servicios puesto que no cuentan con la capacidad instalada ni con los recursos humanos suficientes para absolver la cantidad de pacientes que el GES estipula. En este sentido, se relata como un elemento crítico el hecho de que en la práctica son los mismos profesionales funcionarios del sector público los que se han adscrito a esta modalidad de trabajo. Estos realizan un trabajo similar y en las mismas condiciones de su jornada ordinaria, pero con un mecanismo de contratación diferente, en el cual se establecen las pautas del trabajo y remuneraciones adicionales al sueldo como funcionario público.

En torno a esta realidad, los médicos valoran negativamente que esto se esté convirtiendo en una forma común de estructurar el mercado de trabajo, puesto que ha ido desembocando en que los anesthesiólogos se desvinculen de su calidad de funcionario para operar principalmente como miembro de las Sociedades Médicas. Esto último en consideración a que es una modalidad de empleo que presenta mayores rentas económicas para los profesionales

“(La Reforma de Salud AUGE-GES) lo único que ha permitido sí es que los anesthesiólogos tengan más trabajo en el área privada...Habitualmente como empresa, se forma un grupo de anesthesiólogos, se asocian y forman una empresa que les vende servicios a los Servicios de Salud para todos los pacientes que no se pudieron atender obviamente en el hospital (Anestesista N° 1).

En este sentido, ha emergido una contradicción institucional de la política, puesto que el Estado está actuando como un empleador que incentiva a los médicos a optar por la modalidad privada, en donde éstos logran obtener mejores condiciones de trabajo en términos económicos. Este escenario es relatado por el anestesista N° 4 como una distorsión de la relación que los médicos establecen con el hospital.

“Se produce una distorsión ahí. Entonces, ¿Qué ocurre?, que el otro colega que está contratado como médico del hospital dice: sabe que más, voy a renunciar al hospital y por lo mismo que estoy haciendo acá me van a pagar más. Entonces pum, renuncia al hospital, se contrata por la sociedad, viene a hacer el turno y al día siguiente le pagan más. Entonces, es una cuestión un poco perversa creo yo” (Anestesista N° 4).

Sin embargo, se pudo establecer que las externalizaciones a Sociedades Médicas representa una opinión diferente para algunos médicos, que conciben la problemática en términos comparativos a su labor dentro de las clínicas. Esta postura concibe el trabajo en estas sociedades como una facilidad que otorga el hospital para que los médicos sigan vinculados fuera de su jornada común al trabajo público, negociando rentas mayores para ello. Se aduce que esta situación tiene repercusiones positivas tanto para la organización empleadora como para los médicos; el primero logra operar a los pacientes GES y los segundos aprovechan la comodidad que les reporta continuar su jornada en los hospitales,

admitiendo que con ello recibirán menos réditos económicos que si destinaran ese tiempo a su trabajo en las clínicas.

“Ahora, hasta donde yo sé el respaldo financiero que tiene el programa AUGE ha sido lo suficiente como para motivar a un grupo de personas, no a todos, para presentarse a resolverlas; los problemas de cataratas que uno ve aquí, los problemas de traumatología. Esencialmente médicos que están acostumbrados a trabajar en Hospitales Públicos, que tienen menos expectativas que la gente que trabaja solamente en el área privada, que nos sentimos como en casa y aceptamos condiciones un poquito más restringidas en cuando al estímulo económico. Y por eso es que en estas licitaciones no es gran cantidad de gente las que se presentan como oferentes” (Anestésista N° 4).

Es preciso señalar que existen escenarios laborales en los que este tipo de modalidad contractual trata de ser resistida o minimizada por los propios médicos, o por parte de ellos. Esto porque se destaca como otro punto negativo de la formación de Sociedades Médicas; el quiebre con lógicas tradicionales dentro de los Hospitales Públicos y que están rutinizadas como parte de la cultura profesional de los médicos, en donde los ritos y prácticas vinculadas a un ejercicio profesional marcado por la vocación cede el paso a una desvinculación entre el médico y el hospital. Entre estos ritos se alude a la mística de trabajo que contemplan reuniones clínicas y espacios dentro del trabajo asistencial para la docencia y enseñanza de los becados que están en formación.

“Porque cuando tú metes una empresa en un Hospital Público se acaba todo; se acaba la docencia, se acaba la reunión clínica, vienes a dar la anestesia y te vas, no tienes ni una ligazón al hospital. Entonces nosotros por ahora hemos tratado de mantener dentro de lo posible esa mística” (Anestésista N° 1).

Tal como queda de manifiesto en la cita que se presenta a continuación, los profesionales relatan esfuerzos grupales en el entorno de trabajo por evitar tener que organizarse de forma privada. Se menciona que la participación en el hospital bajo la modalidad de empresa privada no es la orientación genuina de los médicos. Al contrario, son las condiciones en las que opera el sector las que han potenciado el actuar de los profesionales para que recurran a esta modalidad, ya que la cantidad de horas médicas que contempla su jornada como funcionario no es suficiente para entregar anestesia a todos los pacientes que el hospital requiere. Se menciona que estos esfuerzos han llegado a un máximo a partir del cual es “necesario” organizarse privadamente. A partir de este ángulo, los entrevistados conciben esta modalidad de trabajo como una opción que se vieron forzados a implementar. Así lo menciona el anestésista N° 7, quien apunta que el grupo de especialistas al que pertenece fue el “último bastión” en recurrir a la conformación de Sociedades Médicas.

“Fuimos yo creo el último bastión de los hospitales grandes de acá de hacer la lucha de hacer esto por el sistema tradicional digamos, de horario institucional y todo el asunto” (Anestésista N° 7).

En esta percepción, cobra especial notoriedad la defensa de los médicos de la propia adjudicación de las licitaciones. Aquello a partir de que tienen una actitud reacia a que otros equipos de profesionales desconocidos para ellos se ganen la participación en las

externalizaciones e invadan su nicho de trabajo. En este sentido, se piensa que es una potestad de los mismos profesionales que trabajan en las mañanas como funcionarios del hospital los que se ganen las licitaciones, en tanto que se piensa que ésta opción sería una “recompensa” a su “sacrificio” al estar inmerso en la vorágine asistencial del sector público.

“O sea, suponte que si existe esta licitación y gana alguien que no es del hospital. Bueno, entonces ¿Cómo te verías tú sabiendo que al mismo lugar de trabajo al cual tú vas todos los días sacrificándote, en malas condiciones laborales, viene otro de afuera al cual le pagan 10 veces lo que te pagan a ti por hora?” (Anestesista N°5).

Se presenta entonces un argumento por parte de los entrevistados que justifica la adjudicación de las licitaciones a los profesionales que son funcionarios de los hospitales durante las mañanas. Esta postura alude a que en el caso de que se ganasen las licitaciones empresas cuyos médicos no están vinculados con el hospital se corroerían las lógicas de trabajo propias del sector público. En este sentido, esta estrategia de los médicos se concibe como una oportunidad que les otorga el sistema y que deben aprovechar. Así se desprende del discurso manifestado por el anestesista N° 6, quien se refiere a las implicancias negativas para el hospital si otro grupo de profesionales se adjudica las licitaciones.

“Alguien que venga de afuera no se hace problema y dice: Ya chao, no hay recursos entonces chao, yo no me hago problemas. Pero nosotros como formamos parte del mismo equipo, igual tratamos de hacer las cosas, no hay como un desmedro desde ese punto de vista”. (Anestesista N° 6)

Esto se hace patente cuando se relatan coyunturas en las que bajo el trabajo como Sociedad Médica, existen las mismas trabas y obstáculos que se asocian a las malas condiciones de infraestructura del hospital. Por ejemplo, el que los pacientes tengan que reprogramar sus intervenciones porque no están las condiciones para que puedan recibir la atención. En estos términos, el trabajo privado en el hospital no se concibe cualitativamente diferente del efectuado como funcionario contratado de modo estable, sino más bien una extensión de la jornada laboral, en la cual se convive con las mismas situaciones, pacientes y colegas.

“O sea, nosotros no lo vemos como que somos médicos externos, sino que son cosas fuera de nuestro horario...Porque son los mismos pacientes del sistema, son los mismos médicos que operan, es el mismo lugar. Somos nosotros mismos fuera de nuestro horario” (Anestesista N°8).

En estos términos, los médicos no visualizan que su trabajo implica un cambio de su rol al interior del hospital. Junto con valorar la comodidad que les reporta el hecho de continuar su jornada en un mismo lugar, el anestesista N° 5 apunta a que la principal ventaja del trabajo mediante Sociedades Médicas es el centralizar el trabajo público y privado de los médicos en un solo recinto asistencial.

“Y encuentro que ha sido una buena solución, porque al final todos ellos están trabajando fuera de su horario contratado y están trabajando en su mismo lugar. Entre comillas su actividad privada se traslada al hospital mismo, lo cual tiene una serie de beneficios;

dejas al médico contento trabajando en un lugar, con lo cual él no va a emigrar del Sistema Público” (Anestésista N° 5).

Además, se menciona que bajo esta modalidad hay beneficios convergentes entre los pacientes, los médicos y el hospital. Por una parte, los pacientes aumentan las oportunidades para recibir la atención, por el otro lado los médicos ejercen su actividad privada en el hospital, y este último cumple con los requisitos que le impone el GES. Siguiendo a Machado (1999) y Donnangelo (1994), este argumento correspondería a un intento hegemónico de los médicos que valida los intereses propios como los que sustentan el bien común.

“Claro, pero al estar dentro de la misma institución te resuelven otros problemas. Porque tú estando ahí te dicen: sabe doctor, tiene que ver a este paciente. Y bueno obviamente lo haces. Entonces al final se transforma en una atención más segura para el paciente. Y además es un incentivo para el mismo médico, para que no se valla para otro lado” (Anestésista N° 5).

En este contexto, entra en juego también el factor económico, puesto que si bien se reconoce que las remuneraciones por intermedio de Sociedades Médicas son un atractivo mayor en términos del sueldo en calidad de funcionario, siguen siendo inferior al que pueden llegar a obtener operando a pacientes privados en las clínicas. Además, mencionan que grupalmente deciden aceptar menores sueldos para adjudicarse las licitaciones y así evitar que otras empresas lo hagan. A partir de esta constatación, la participación de los profesionales en las Sociedades Médicas se concibe como un sacrificio que efectúan en virtud del Sistema Público, en la medida que se está destinando un horario que es más rentable si se vincula a las clínicas.

“...Nos da lata, no sabemos si tenemos la capacidad de responder, y de hecho tenemos muchas dificultades para responder. Pero: ¿Queremos que vengan anestésistas externos?...Mejor nosotros pidamos menos plata, somos nosotros mismos, y sacrifiquémonos y de alguna manera ayudamos al sistema. O sea, yo creo que todos los que están trabajando en esa forma no sienten que están aprovechándose del sistema. ¿Por qué? Porque te están pagando por un horario que tú te podrías ganar más plata trabajando afuera, o hacer otra cosa, si por último es tu tiempo libre, no sé, es tu elección (Anestésista N° 6).

El sistema al cual se adscriben las Sociedades Médicas de anestesiólogos implica que cada cierto tiempo los médicos que forman parte de ella tengan una cantidad considerablemente grande de operaciones que efectuar. Esto se produce porque las licitaciones establecen “paquetizaciones” de un conjunto numeroso de pacientes que poseen una determinada patología y a quienes el hospital no puede brindar la atención. La externalización contempla las condiciones técnicas en que se deben realizar los procedimientos quirúrgicos.

Los reparos que plantean los entrevistados a este respecto dice relación con que en estas condiciones se limitan sus elecciones, en términos de la diversidad de farmacología y equipamiento tecnológico. Esto se suma al hecho de que son cantidades considerables de pacientes, que si bien están dispensados para que se les efectúe el mismo tratamiento,

atenderlos a todos en un período corto de tiempo produce reparos, pues deben operar en serie, sin el espacio suficiente para reflexionar acerca de la pertinencia o no de las técnicas que aplican.

“Entonces, es como haber: hagamos la cosecha. Pero tenemos tres días, entonces prrrrrrrum...por lo demás me obligan a usar ciertos fármacos y me restringen todo lo que es la libertad que yo tenga para escoger una técnica determinada. Me dice: aquí puede usar dipironas, cera del tanto, o tal trocar, o tal jeringa, no puedo usar esa otra porque es más cara. Entonces, al restringirme la farmacología, partiendo de la base de eso, a mí me está restringiendo la calidad no técnica, pero al menos farmacológica del acceso a ese paciente, y eso a mí no me gusta. Por eso es que lo encuentro...no va con lo que yo pienso que es lo óptimo, no es que no se pueda hacer” (Anestesista N° 3).

Se encontró también discurso relativo a los factores que inciden en el precio que oferta el hospital por las externalizaciones de pacientes GES. Se alude a que el valor de las prestaciones debe ser “prudente” y considerar los costos materiales y de recursos humanos que implican las intervenciones. Se menciona que no siempre es así, que las autoridades hospitalarias deben encontrar un punto de equilibrio que no siempre se da en la realidad. Este argumento señala que un precio “justo” debe tener dos preocupaciones; por un lado, motivar a los médicos a continuar con su jornada en los hospitales y no irse a las clínicas, y por otro, conservar la estabilidad de las finanzas del hospital.

“... quienes valorizan las prestaciones tienen que hacerlo con un criterio económico, o sea ni mucho ni muy poco. Lo suficiente como para tener alguien que se ofrezca, y ni tanto como para tirar el presupuesto de la nación por la ventana...porque no son pagadas en forma extraordinaria, entonces de repente un médico prefiere irse a operar sus pacientes privados a una clínica y no venir a resolver patología AUGE al hospital, que es menos remunerada” (Anestesista N° 4).

El protocolo para estas externalizaciones a Sociedades Médicas establece las bases de forma idéntica a cualquier concurso público en que el Estado licita prestaciones a actores privados. Esto se realiza en un portal web al cual las Sociedades Médicas acceden y conocen de las prestaciones que el hospital está postulando. En este momento los médicos evalúan su interés o no en participar de la licitación, ponderando la oferta/demanda de las prestaciones solicitadas por el hospital. De acuerdo con Gyarmati et al., (1984), observamos que en este tipo de prácticas la vocación de servicio de los médicos se corrompe por el afán de lucro, puesto que discriminan la atención a pacientes que no les reportan las utilidades esperadas.

“Entonces es un portal público donde se hace una licitación que es pública. Entonces puede haber otra sociedad que pueda postular a no sé, ponte tú 60 vesículas que sean GES. Entonces el Hospital B lo pone en el portal: se necesita operar tantos pacientes. Entonces ahí vienen los ponentes y ahí viene la transacción de cuánto ofrece el hospital y cuánto desean los oferentes” (Anestesista N° 5).

4.2.2.- Las externalizaciones de pacientes GES a Clínicas Privadas

Otra forma de organización privada de los médicos que fue posible observar a partir del análisis de los relatos fueron las externalizaciones de pacientes hospitalarios hacia las

Clínicas Privadas, algunas de ellas propiedad de los propios médicos. Este escenario fue mayoritariamente visualizado en el caso de los oftalmólogos. Se trata de una especialidad que puede actuar con un grado mayor de independencia en la labor asistencial, al contrario de los anestesiólogos que necesitan de la colaboración de un equipo médico más amplio.

En este caso, la modalidad de participación es similar a la que se emplea para comprar horas médicas de anestesia; a través de una plataforma virtual en la que se publican la patología y la cantidad de pacientes que el hospital necesita operar. Los entrevistados mencionan que para ellos la primera opción ante pacientes GES con posibles incumplimientos es derivarlos a otro Servicio de la Red Asistencial. Sin embargo, esta opción no es plausible ya que los otros Servicios de Oftalmología no dan abasto con los propios pacientes, y por tanto con menos capacidad para recibir a otros usuarios. A partir de ello, la estrategia implementada es externalizarlos a las Clínicas Privadas.

“Se supone que las patologías que están por vencer y que nosotros no podemos absolver el hospital las licita. Y normalmente las licita dentro de la región porque en teoría la primera opción sería mandarlas a otro servicio, pero en la práctica los otros servicios están igual que colapsados que nosotros. Entonces en la práctica no pueden absolverlo y se mandan a la parte privada” (Oftalmólogo N° 4).

En este marco, los entrevistados advirtieron con especial énfasis que la decisión de cuál es el centro al que se derivarán los pacientes hospitalarios no pasa por ellos directamente, ni siquiera por la Jefatura del Servicio de Oftalmología, sino más bien por reparticiones de la administración central del hospital.

“Se envía un listado con los pacientes, se le avisa a los pacientes, se ve que el paciente cumpla con sus exámenes, con su previsión y se envía dentro de los proveedores que están autorizados por el Ministerio dentro de la zona, y allí abastecimiento decide donde los manda” (Oftalmólogo N° 1).

En la evaluación que hacen estos especialistas de las externalizaciones como estrategia implementada por el hospital para cumplir con las garantías de los pacientes adscritos al AUGE-GES se observa un discurso contradictorio. En esta contradicción entran en juego los intereses del sector público, que por una parte está abocado a que se cumplan con los tiempos para la operación de los pacientes. Por otro lado, para el Hospital le significa un costo económico mayor al derivar a los pacientes a una Clínica Privada. Esto último se visualiza cuando los entrevistados manifiestan que la mejor opción para los intereses del sector público sería invertir en infraestructura pública y evitar que los pacientes se externalicen.

“Yo creo que es mucho más barato tenerlo en el hospital que licitarlo. No sé si estoy equivocada, creo eso a la larga. Invertir en eso sería mejor que licitarlo. Por ejemplo ahora la retinopatía diabética, todo eso se licitó y es carísimo, carísimo. Y se podrían haber ahorrado un montón de plata si hubiesen invertido en mejorar la infraestructura del hospital” (Oftalmólogo N° 2).

Es relevante constatar de que pese a este reconocimiento de lo perjudicial que es para el sector público tener que recurrir a las externalizaciones de pacientes oftalmológicos,

se concibe positivamente el hecho de que con la Reforma de Salud AUGE-GES se ha facilitado su implementación, en tanto ha permitido descongestionar la red pública de atención.

“También le permitió al hospital comprar servicios externos cuando no da abasto, entonces también permitió descargarse un poco...cuando tenemos mucho trabajo y mucha patología AUGE que no podemos resolver existe la posibilidad de comprar servicios externos. Así que nos salió bien, fue positivo” (Oftalmólogo N° 2)

Esto último se manifiesta en los enunciados de los entrevistados que aluden en términos positivos a la compra de prestaciones, justificando su postura en la sobrecarga de pabellones al interior del hospital, y el consecuente temor de que se incumplan los plazos para la operación del paciente. En términos comparativos, se vislumbra una consecuencia positiva de la Reforma AUGE-GES el que ésta ha implementado mecanismos para externalizar pacientes a las clínicas. Se menciona este elemento como una fortaleza de la política, pues antes de su implementación esta opción no existía.

“Yo lo encuentro bueno, porque la demanda aquí es mucha, y los colegas muchas veces no dan abasto por todas las cosas que te mencionaba yo; el funcionamiento del pabellón, el personal...entonces los plazos se van cumpliendo porque tenemos los plazos definidos para resolver cada patología. Y cuando el servicio público no lo logra hacer tiene la posibilidad de echar mano a los centros privados y poder resolver al paciente en el tiempo que corresponda” (Oftalmólogo N° 3).

En el caso de los oftalmólogos, se pudo observar una situación similar a la de los anestesistas respecto a las limitaciones técnicas que tienen estos profesionales cuando ejercen su labor atendiendo pacientes hospitalarios en las clínicas. Estos especialistas relatan que el valor que el hospital ofrece por cada externalización AUGE generalmente es bajo. Por ello, en la atención a los pacientes que sufren un imprevisto entran en juego los criterios éticos de los entrevistados, puesto que por una parte deben brindar la mejor atención posible al paciente, pero tampoco pueden emplear fármacos y equipamiento médico que sobrepase en exceso el monto establecido en la licitación para la patología en cuestión.

“Las licitaciones generalmente se regulan a un valor fijo, entonces no te puedes pasar de ese valor. Por lo tanto, tengo entendido, de que en los pacientes que se operan a través del GES tienes que usar una cierta cantidad de insumos y no te puedes salir de ahí. Si hay una cirugía limpia los números dan, pero ante una complicación los números no dan (Oftalmólogo N° 3).

En este sentido, la decisión de los profesionales apunta a realizar la intervención utilizando “mínimo” de recursos necesarios para recuperar al paciente, pero cumpliendo con los criterios de calidad. En esta evaluación, se conjuga el interés del paciente, cual es tener una mejor atención para poder sanarse, y el de la clínica, que es la obtención de ganancias económicas por la prestación médica.

“Es malo porque tiene una cantidad de la cual no te puedes pasar, por lo tanto implica una cirugía muy bien hecha, limpia y sin complicación. Y las complicaciones no son cero, siempre hay...así que si puede ser en algún momento un problema” (Oftalmólogo N° 3).

Esta situación también fue relatada por los anestesiólogos, quienes visualizan a las clínicas como interesadas en reducir los costos de cada prestación que realizan a los pacientes GES que vienen desde el Hospital.

“La clínica sus márgenes los saca para no perder, por lo tanto las licitaciones públicas tampoco son tan buenas para las clínicas...ellos sacan sus márgenes recortando de todo lo que puedan recortar, dentro de eso están los honorarios médicos, la calidad de los productos que ocupan. Paquetizando, cosa que uno está restringido en ciertas cosas, a ciertos materiales, a ciertos insumos, etc.” (Anestesiólogo N° 8).

Teniendo esta problemática, los relatos de los médicos hacen mención a que se incorporaron mecanismos para identificar a los pacientes con potenciales peligros de complicaciones antes de realizar la intervención quirúrgica en las clínicas. En muchos casos se determina que el paciente tiene riesgos asociados y que probablemente sufrirá una complicación clínica en pabellón que repercutirá en que se invierta una mayor cantidad de recursos de los que establecen las licitaciones AUGE. En base a estos criterios económicos, que involucran la contención de costos por atención médica en el sector privado, los pacientes son rechazados y re dirigidos al Hospital.

“Si es una catarata muy complicada quirúrgicamente, que tú sabes que se puede complicar y necesitar más insumos de los que tiene el paquete AUGE, la mayoría de las clínicas tienen por normas que ese paciente se rechaza y se devuelve a su servicio y se opera en su servicio. Pero es por eso, por una cuestión económica, porque es muy difícil que una clínica le diga al hospital: ya, lo operamos pero que el hospital pague esto, esto y esto...” (Oftalmólogo N° 4).

Interesante es constatar el hecho de que los oftalmólogos que trabajan como médicos del hospital sean los mismos que deben atender a los pacientes que se externalizan a las clínicas es percibido como un elemento positivo. Se aduce que su adscripción a ambos sistemas paralelamente les permite conocer la realidad de los pacientes que llegan a las clínicas bajo la modalidad de externalizaciones. Se dice que esto les facilita el trabajo, puesto que realizan con mayor precisión la evaluación clínica de las patologías con que poseen estos pacientes.

“El paciente se licita, llega acá, el médico lo evalúa y lo opera y después tiene la responsabilidad de darlo de alta con sus lentes...Ahora, depende de dónde lo liciten; acá en la clínica funciona muy bien porque además son pacientes que generalmente uno los conoce del hospital A, es decir, sabe el teje y maneje de esta cuestión. Yo manejo el IPD y para mí es fácil y no tengo problemas, no sé si para los colegas que trabajan en el Hospital Público será más engorroso o no. El problema está cuando licitan a otros lados...” (Oftalmólogo N° 5).

Pese a lo anterior, hay un planteamiento por parte de los médicos que alude a la incomodidad y dificultad que tienen cuando deben tratar a un paciente que fue diagnosticado por un colega distinto en el hospital. Esto se produce especialmente en subdisciplinas muy específicas en la cual existe un grado variable de expertis entre los médicos. Para el

oftalmólogo N° 6 este es el caso del estrabismo, patología en la cual se valora como una situación ideal la unidad del acto médico, es decir, que sea un único profesional el que realice el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las indicaciones terapéuticas más apropiadas. Esto en función de que se trata de una patología que posee múltiples variedades, según el tipo del paciente, el grado de avance y los factores asociados. A partir de ello, la modalidad de licitaciones deteriora esta concepción del acto médico, segregando cada parte del tratamiento.

“El estrabismo es una patología que tú tienes que hacer muchas otras cosas antes de una eventual cirugía. Y si no están hechas las tienes que hacer tú, y ver que efectivamente se hagan. Hay que tener un control, es decir no es cosa de diagnosticar un estrabismo en un lugar y mandarlo a operar en otro. A veces puede ser, pero en general no es siempre así” (Oftalmólogo N° 6).

Esta situación genera que las externalizaciones se vislumbren como un “peloteo” de pacientes desde un subsector a otro, lo cual repercute en que se trate al paciente únicamente en virtud de su patología, sin considerarlo en la complejidad que posee. Sin embargo, la incapacidad de que todas las atenciones de los pacientes se brinden en la modalidad hospitalaria genera que el sistema de externalizaciones se visualice como un “mal menor”. En este mal menor del cual habla el oftalmólogo N° 6 identificamos una corrosión del ideal de atención que manejan los profesionales por la presión del entorno institucional.

“Yo siento en ese sentido que es el mal menor, pero a mí me parece que un paciente debiese ser tratado como paciente y no como una patología, porque en el fondo lo que se externaliza es la patología. En el fondo tú en el extrasistema...lo ve un doctor y confirma el diagnóstico, lo ve otro y lo opera, y después si hay una complicación lo devuelven a su servicio de origen. Es decir, se puede entrar y caer fácilmente en el peloteo de los pacientes que van desde un lado hacia otro” (Oftalmólogo N° 6).

Es relevante apreciar que algunos entrevistados hicieron mención a un escenario previo a que se masificara estas externalizaciones para pacientes hospitalarios hacia las clínicas. En esa oportunidad, los médicos propusieron a las autoridades del hospital abrir un pensionado oftalmológico en el cual los profesionales ejercieran su labor operando a sus pacientes privados provenientes desde sus consultas particulares, utilizando infraestructura del Servicio de Oftalmología. En término de los intereses puestos en juego, esta opción se concibió como un acuerdo beneficioso tanto para el hospital, puesto que esta solución teóricamente se convertiría en un plus que atraería la contratación de oftalmólogos, además de que se contaría con horas médicas privadas a un valor menor que las externalizaciones actuales. Además, los médicos podrían optar por atender pacientes privados, lo cual les hubiese significado mayores rentas y comodidad al ejercer en un recinto único durante todo el día.

“Yo cuando llegué a oftalmología después que hice la beca propuse: déjenos a nosotros en pensionado, nosotros compramos las cosas de pabellón, y lo usamos para operar gente del servicio y en las tardes privado nuestro, y después con el derecho a pabellón se van devolviendo lo equipos. Me dijeron que si estaba loco, esa fue la respuesta. Ahora hacen lo mismo pero para afuera. Se perdieron la gran oportunidad de tener el servicio

impecable; estaríamos todos allá porque si tú puedes hacer la parte privada te quedas allá, y estaríamos mucho mejor...pero no les dio la capacidad y creo que todavía no les da" (Oftalmólogo N° 7)

Por otra parte, algunos entrevistados retrataron en detalle la tendencia de las clínicas a centrarse y/o focalizarse en el tratamiento de determinadas patologías por sobre otras NO-GES. Aquello obedece al interés de éstas por adjudicarse las licitaciones de pacientes que brinda el hospital, que generalmente abarcan un número limitado de patologías en gran cantidad, que se deben operar en un tiempo acotado para que se cumpla con la Garantía de Oportunidad. Es así como el anestesista N° 2 menciona que antes de la masificación de las transferencias a privados el fuerte de su trabajo privado estaba en las operaciones más comunes de los recién nacidos, en contraste con su situación actual en donde su mercado de trabajo privado ha sido restringido puesto que este tipo de prestaciones es externalizada desde el hospital a centros asistenciales de Santiago.

"En el fondo si bien yo creo que es una ventaja por volumen, a lo mejor no es una ventaja por el tipo de patología que se opera afuera. En general hay muchas patologías que antes se operaban en cualquier clínica y ahora esas patologías se centralizan en determinados lugares, por lo tanto las otras clínicas ya no lo pueden hacer. Por ejemplo, yo antes operaba mucho recién nacido, y ahora son muy pocos los recién nacidos que se operan porque todos los recién nacidos que tienen alguna patología que hay que operar, de las que uno opera habitualmente, ahora están centralizadas en un centro en Santiago. Entonces yo ya no tengo la oportunidad de hacer eso que antes hacía. Ahora, estoy seguro que para la gente que trabaja en ese hospital en Santiago ha sido una gran oportunidad porque obviamente están operando mucho y están ganando mucho, pero los que están ganando algunos se lo están quitando a otros, en el fondo es eso" (Anestesista N° 2)

En el caso de los oftalmólogos, el aumento del mercado privado para los profesionales de esta especialidad a través de las licitaciones de pacientes GES a clínicas se vislumbra en términos diferenciales según el estatus del médico. En efecto, se argumenta que para los profesionales que tradicionalmente han detentado gran prestigio no ha significado grandes cambios en su quehacer laboral, puesto que siempre han contado con una gran demanda de pacientes que ha querido atenderse con ellos en sus consultas particulares. El impacto de las transferencias de pacientes hacia las clínicas se apreciaría con mayor nitidez en el caso de los profesionales jóvenes que se están iniciando en la carrera profesional; como este tipo de médico no es aún conocido ni tiene un renombre entre la población, las externalizaciones les han significado aumentar sus oportunidades laborales en el mercado privado, y por lo tanto incrementar sus rentas económicas.

"Yo creo que es súper diverso en todo caso, porque a lo mejor uno no tenía una consulta tan llena y los médicos que son como más famosos o algo así les ha influido poco, porque ellos igual tienen su consulta siempre llena. Pero médicos a lo mejor no tan famosos tienen acceso a hacer un montón de cirugías y procedimientos que a lo mejor no tendrían si no hubiese este sistema" (Oftalmólogo N° 2).

Si bien los médicos reconocen que las externalizaciones le significan mayores rentas económicas, también vislumbran como un aspecto negativo el hecho de que se retrasen en pagarles por las patologías GES que operan externalizadas desde el hospital en

las clínicas. La misma situación aparece cuando las licitaciones son adjudicadas por las propias Sociedades Médicas.

“Sin embargo el Hospital es mal pagador; nosotros hacemos los compromisos y tenemos que esperar muchos meses para que se responda al contrato” (Anestesiista N° 8).

4.2.3.- El trabajo como funcionario externo por extensión horaria

Esta modalidad de organización privada de los médicos consiste en que éstos continúan su jornada laboral en los hospitales, a cambio de un monto de dinero adicional a su sueldo como funcionario. Este mecanismo es implementado tanto en anestesistas como en oftalmólogos. En el caso de estos últimos, la percepción es positiva pues facilita la comodidad del trabajo de los profesionales al permitirle ejercer durante toda su jornada en un solo lugar, y por otro, se concibe como una “retribución” económica justificada que contrarresta los bajos sueldos que les brinda el sector público.

“R: Bueno, lo que se hizo hace algunos años es que se ofrecían cirugías fuera de horario en el mismo hospital. Por ejemplo uno que estaba contratado 11 horas, operaba dentro de sus 11 horas y después tú podías regresar en las tardes a ocupar los pabellones de acá y operabas los pacientes del hospital pero fuera de horario. Y eso lo pagaban aparte, como unas horas extras.

P: ¿Cómo eran los incentivos económicos en esa modalidad?

R: Bueno, era interesante. Los aranceles no eran muy altos, pero uno tenía la comodidad de terminar su jornada funcionaria aquí en el centro y después seguir operando lo que es extra en el mismo lugar sin tener que moverse. Y bueno, como se operaba mucho eso compensaba un poquito los honorarios bajos (Oftalmólogo N° 3).

Esta modalidad de trabajo es la preferida por los entrevistados, puesto que ella permite la continuidad de la atención al paciente, en comparación con la segmentación de la atención que fue retratada en las prestaciones realizadas con las anteriores modalidades de trabajo privado.

“En cambio si son operados fuera de horario de funcionarios aquí en las tardes por algún colega, está con las fichas y si requiere tratamiento se le da tratamiento y sigue dentro del mismo ritmo. Esos pacientes no se pierden y no tienen riesgos de ceguera. Y la calidad de atención con que operamos aquí a los pacientes es exactamente la misma que se opera afuera, incluso mejores aquí. Tenemos recursos mejores para operar a nuestros pacientes que en el extrasistema” (Oftalmólogo N°1).

Los oftalmólogos mencionaron que en comparación con la atención privada en las consultas oftalmológicas, esta modalidad de trabajo es más conveniente en términos económicos que el trabajo en las Consultas Particulares, pero menos atractiva si se la compara con una operación de un paciente FONASA atendido en una clínica.

“Bien, porque en el fondo si lo piensas en la práctica, entre estar viendo seis pacientes en la consulta por una cantidad que te vale el valor del bono, y estar operando seis pacientes acá por el valor de la cirugía en una tarde...te conviene más estar acá operando porque ganas más, a pesar de que el honorario médico para una cirugía de catarata AUGE es menor que el honorario médico de una cirugía de catarata FONASA normal, pero a muchos nos gusta operar que estar sentados en una consulta” (Oftalmólogo N° 4).

Sin embargo, se menciona que ésta alternativa no es considerada como quisieran por las autoridades del hospital, que se han orientado a externalizar pacientes a las clínicas. Esta diferencia de posturas entre los médicos y la administración provoca que los primeros perciban que pueden ser vistos como interesados en sustentar su preferencia por la modalidad de extensión horaria a partir del aumento en sus remuneraciones. En estos términos, el rango de acción propio se vislumbra como limitado, es decir, perciben de modo restringida su influencia en esta decisión, por lo cual aceptan que los pacientes se externalicen, lo cual les implica mayores trabas burocráticas que dificultan que el paciente se atienda en forma expedita.

Lo anterior sucede porque únicamente se externaliza el procedimiento quirúrgico, mientras que el paciente debe regresar a atenderse por el hospital para los controles post operatorios que se realizan de forma periódica por un tiempo variable una vez operado.

“Yo creo que eso sería lo ideal, pero no sé qué pasa, por qué las autoridades deciden una cosa u otra. Pero ahí uno ya no tiene mucho poder de decisión, porque si tú empiezas a insistir en eso te dejan a ti como que estás interesado en la plata, y no es así. Pero tú no tienes mucho poder de decisión al respecto; si la autoridad cree que es mejor mandarlos para afuera...cuando para nosotros es mejor que el paciente se resuelva acá porque hay menos problemas administrativos; fichas que no llegan, pacientes que afuera se pueden complicar y que igual vuelven para acá” (Oftalmólogo N° 4).

Otro elemento negativo que es percibido por los oftalmólogos respecto a esta modalidad de trabajo es el retraso del hospital para cancelar las remuneraciones. Es relevante señalar que a partir de esta condición, los oftalmólogos han optado por suspender su trabajo bajo este sistema, mientras no le cancelen lo adeudado del año anterior.

“Haber, el año pasado no operamos por un asunto de platas...se demoraron un año y medio en pagarnos las del año anterior. Es decir, lo del 2010 nos pagaron casi a fines del 2011, entonces el año pasado dijimos que mientras no regularicen el asunto económico no hay cirugías fuera de horario. Se supone que este año volvieron a autorizarlas y se van a hacer los contratos antes y las platas deberían estar antes y todo eso” (Oftalmólogo N° 5).

En el caso de los anestesiistas, la modalidad de extensión horaria no es exclusiva para la atención de pacientes GES, sino que se ha ido ampliando hacia otras necesidades de los centros públicos. Por ejemplo, en los turnos de urgencia donde también se necesitan anestesiistas que atiendan las intervenciones quirúrgicas de los pacientes críticos. Si bien esta modalidad de trabajo representa mayores rentas económicas al compararla con los sueldos del horario funcionario, no implica necesariamente que los profesionales la consideren como una opción preferencial para desempeñarse, puesto que en términos comparativos ésta representa menores remuneraciones que las que pueden obtener bajo otras modalidades de trabajo privado, como por ejemplo al ser prestadores de las clínicas o bajo la modalidad de libre elección aliándose con los cirujanos.

Además, como queda de manifiesto en los dichos del anestesiista N° 4 y N° 7, hay factores adicionales al atractivo económico que los profesionales toman en cuenta para participar de los turnos bajo extensión horaria, y que desembocan en que éstos muchas

veces rechacen estas opciones que se les ofrece. Concretamente, se dice que la carga de trabajo es grande en todos los ámbitos (público y privado), por lo cual se privilegia la vida familiar y el tiempo libre para descansar.

“Entonces tú muchas veces tienes que privilegiar un poco tu nivel de calidad de vida, la plata no lo es todo. Tú dices: sí, es buena plata, pero no estoy dispuesto a hacer un turno el fin de semana, quiero pasar con mi familia, quiero descansar...el criterio económico no lo es todo, cuesta encontrar gente” (Anestesista N° 7).

“Tengo la sensación de que hoy la gente valora más disponer de tiempo para sí, que la necesidad de tener más trabajo para plata, más ingresos. ¿Por qué le digo esto? Porque todos los días quién coordina estos turnos a honorarios aquí en el Hospital anda persiguiendo gente para que le cubra los turnos a honorario. No está satisfecho, y no pagan malas lucas...pero si no tengo grandes expectativas económicas, grandes proyectos, no acepto trabajar en mi tiempo libre” (Anestesista N° 4).

Recapitulando, es posible sostener que los médicos vislumbran estas apertura de desempeño privado, manteniendo nexos con el sector público, como una estrategia para aumentar sus oportunidades laborales, y por tanto incrementar sus ingresos económicos, prolongando las ventajas que le son atribuidas al funcionamiento hospitalario. Ello también les genera mayor comodidad al no tener que cambiarse de lugar de trabajo a mediodía.

“... me gusta concentrarme en una Institución. O sea, yo por mí estaría feliz que toda mi actividad sea como médico hospitalario y la parte privada encantado de desarrollarla ojalá en el mismo hospital. Me resulta cómodo” (Anestesista N° 4)

4.2.4.- Repercusiones de la privatización de la profesión médica

A partir de los mecanismos de trabajo privado que fueron puntualizados en el acápite anterior, a continuación nos abocaremos a las implicancias de dichos mecanismos sobre el Campo Profesional de los médicos especialistas y en las prácticas que de ellos se desprenden.

En estos términos, un primer hallazgo dice relación con el deterioro de la cohesión de los grupos de trabajo hospitalarios. Tal como menciona el anestesista N° 2, se concibe el trabajo como funcionario del sector público como el ideal profesional, al configurarse un espacio laboral en el cual hay un vínculo profesional es mucho más robusto que el que se establece bajo una modalidad privada.

“Bueno, yo participo de una de esas asociaciones y yo creo que si bien es cierto que puede ser económicamente rentable, también es cierto que tiene grandes desventajas ese sistema. Y una de las grandes desventajas que le veo yo a ese sistema es la pérdida de cohesión de los Servicios. O sea, se va debilitando el servicio-comunidad, en el sentido que no es lo mismo trabajar en un Servicio del cual uno participa a trabajar en forma externa, ir a vender un servicio específico y mandarse a cambiar” (Anestesista N° 2.)

El escenario descrito en la cita anterior puede llevarse al trabajo clínico de los médicos, visualizándose cambios entre una forma de trabajo a otra, que apuntan a un deterioro de lógicas de trabajo tradicionales en el desempeño de los entrevistados. Estas lógicas tradicionales señalan que la capacidad de resolver los problemas de los pacientes se enfrentan colectivamente. Es decir, con discusión y aportes de los miembros de una

determinada subespecialidad, lo cual acarrea una coherencia y colaboración entre los médicos, que es muy valorada por ellos. En contraste, las lógicas de trabajo se ven perjudicadas con la modalidad de trabajo privado en los hospitales, pues ella condiciona a los profesionales al establecimiento de prácticas terapéuticas que se basan en decisiones individuales, que no tienen como trasfondo una discusión grupal. Tal como mencionan el anestesista N° 1, se va deteriorando el sentido de pertenencia hacia el hospital.

“Tú vas, haces tú pega, te vas y chao, no hay ligazón, no hay desarrollo de la especialidad. Y eso está unido necesariamente a trabajar en grupo, a sentido de pertenencia, no hay sentido de pertenencia. Hay sentido de pertenencia cuando tú perteneces efectivamente a una institución, pero no a una empresa” (Anestesista N° 1).

Lo anterior también es relatado por el anestesista N° 2, quien agrega que el trabajo grupal que se observa en los hospitales incluye la homologación de procedimientos terapéuticos entre diferentes profesionales, característica vista como una virtud del trabajo médico que se ve mermada a partir de la incorporación del trabajo privado en los centros asistenciales. Ello se plasma en la posibilidad de que los médicos implementen prácticas distintas ante cuadros clínicos similares.

“En este otro sistema externalizado los servicios van un poco minando esa capacidad de grupo, esa cohesión, esa forma de trabajo unificada. El trabajo tiende a ser más individualista, más disperso en el sentido que cada uno hace lo que quiere. O sea no que cada uno hace lo que quiere y se manda a cambiar, pero cada uno usa técnicas diferentes, se pierde un poco el sentido de unidad de servicio clínico, de trabajo en equipo” (Anestesista N° 2).

En relación a la conformación de Sociedades Médicas a las que se externalizan las prestaciones que el hospital no tiene la posibilidad institucional de resolver, una repercusión sobre el Campo Profesional de los médicos que es posible visualizar en el relato de los entrevistados es que ella implica que los profesionales escojan a cuáles desean postular buscando rentabilidad económica para la Sociedad Médica. En base a estos criterios economicistas, existen patologías más rentables que otras, es decir, que representan para los médicos mayores remuneraciones comparativamente, por lo cual se ven orientados a resolver éstas y relegar otras que no tienen el atractivo económico.

Puntualmente, fue posible constatar que las prestaciones más rentables son las que requieren de destrezas específicas por parte de los profesionales, y por lo tanto aquellas que pueden ser resueltas por una cantidad limitada de médicos que poseen alguna subespecialidad en una determinada área. En contraposición, las patologías más comunes que pueden resolver la generalidad de los médicos, son poco rentable para los profesionales. Siguiendo las palabras del entrevistado que se presenta a continuación, las operaciones de vesículas son parte de las primeras, y las prótesis de caderas o la cirugía cardíaca pertenecen al segundo grupo.

“No es lo mismo, por ejemplo si al hospital le interese hacer hernias y vesículas a que le interese hacer prótesis de caderas o cirugía cardíaca. Obviamente, para una vesícula la puede hacer cualquier anesthesiólogo, para hacer prótesis de cadera o cirugía cardíaca el número de gente que lo puede hacer es mucho más reducido, por lo tanto en ese caso la

posibilidad de negociación del grupo es mucho mayor y se pueden conseguir mejores precios que en el caso de si hay patologías más baratas" (Anestesiista N° 2)

Esta situación se constata tanto en el caso de los anestesiistas como de los oftalmólogos. En esta última especialidad, recordemos que el principal mecanismo de trabajo privado de los médicos en relación con la Reforma de Salud AUGE-GES son las externalizaciones a Clínicas Privadas de pacientes hospitalarios que se encuentran con garantías en peligro de incumplimiento. En este caso, las prestaciones más rentables, y que poseen el mayor atractivo económico, son las intervenciones quirúrgicas. Esto último implica que las prestaciones que conllevan consultas médicas, por ejemplo para establecer el diagnóstico o control de los pacientes, sean vistas por los profesionales como de segundo orden, pues no representan remuneraciones competitivas en comparación con otras formas de trabajo privado. Tal como menciona el oftalmólogo N° 4, se necesitaría atender una cantidad considerable de pacientes y alargar los tiempos de trabajo para que aquellas prestaciones sean atractivas económicamente.

"Lo que pasa es que la mayoría son licitaciones quirúrgicas. Esas son las más atractivas porque te pagan más. Las licitaciones por consultas te pagan mucho menos que una consulta FONASA normal. Entonces, la mayoría de los médicos oftalmólogos que participan en una licitación de afuera están más interesados en participar en una licitación quirúrgica que en una por consultas oftalmológicas. Porque sumando y restando tienes que ver a muchos más pacientes, o sea es mucho más trabajo y la paga es mucho menor. O sea, siempre son más atractivas las licitaciones quirúrgicas" (Oftalmólogo N° 4).

Un aspecto de gran importancia en términos de la arquitectura teórica que fue construida para abordar el problema a investigar, es el hecho de que la organización privada que se ha implementado en el Campo Profesional de los médicos a partir de la Reforma AUGE-GES, ha ido acompañada de mecanismos gremiales que influyen, condicionan e imponen los precios que tienen las prestaciones que se realizan bajo las modalidades de trabajo privado. Lo anterior es leído por Gyarmati et al., (1984) como una imposición de "aranceles mínimos" por parte de las profesiones, y son una de las modalidades por las cuales éstas se insertan en el sistema económico.

Los médicos se han organizado para participar de las licitaciones que el hospital realiza, anteponiendo determinados valores por realizar las prestaciones que el sector público decide externalizar. Así lo demuestra el relato del anestesiista N° 3. Los especialistas de la región se han constituido en una organización gremial desde hace un tiempo, en la cual han decidido participar de las licitaciones de pacientes GES, pero poniendo como condición ciertos aranceles mínimos por las prestaciones en cuestión. Cabe resaltar que esta es una prerrogativa que se facilita al tratarse de una especialidad cuya organización gremial posee pocos médicos adscritos, en la medida de que conforman un área médica en falencia a nivel nacional. Esto repercute en que los profesionales establezcan acuerdos grupales de forma más rápida y articulada, en comparación a algunas especialidades que tienen un número más grande de miembros.

“Ahora, nosotros como anestesiólogos pertenecemos a una asociación gremial de anestesiólogos de la v región que existe hace 22 años y a nosotros no nos llegan y nos ponen el valor así nomás cómo ha ocurrido con otras prestaciones. Nosotros decimos, perfecto, nosotros vamos a trabajar pacientes GES pero lo que vamos a cobrar va a ser tal valor, y para tales y tales prestaciones que son las más frecuentes un nivel más bajo, pero no menos que eso. Nosotros tenemos un funcionamiento, somos mucho más organizados porque somos menos también que los cirujanos o que los otorrinos, o cualquier otro que les ponen un valor y a lo mejor lo aceptan. Nosotros somos súper ordenados y dijimos: perfecto, nosotros hacemos GES, pero este es nuestro piso” (Anestesta N° 3).

Escudriñando en el relato que los profesionales han manifestado al respecto, fue posible identificar que en el caso de las licitaciones de pacientes GES que son adjudicadas por las clínicas, y en las que participan los médicos especialistas como prestadores de estos centros privados, han existido conflictos entre éstos y los profesionales derivados de desacuerdos respecto al precio que deben pagarles las instituciones a los profesionales. Tal como queda de manifiesto en la presente cita, ante esta coyuntura los médicos que estaban involucrados decidieron amenazar a la dirección de una clínica, manifestando que si no se respetaban sus valores ningún profesional iba a participar en el futuro de prestaciones de pacientes GES hospitalarios en el centro privado. Se menciona que el resultado de esta táctica fue que al día siguiente la clínica optó por ajustar sus valores a la imposición que efectuaron los médicos.

Es relevante señalar que esta táctica gremial de imponer valores a determinadas prestaciones GES es concebida como un mecanismo “justo”, pues se argumenta que los pacientes adscritos a las licitaciones representan patologías complejas, que además tienen factores asociados que repercuten en que la operación que necesitan requiere de los médicos conocimientos y destrezas específicas. Consecuentemente, el hecho de imponer un mínimo de remuneraciones no se piensa como una lógica economicista de trabajo, sino por el contrario, como una defensa de los intereses de los pacientes, en cuanto se pretende evitar que las externalizaciones conlleven una “producción en serie”, en donde no se considerarían las particularidades clínicas de los pacientes.

“Y hubo una situación puntual de patología GES que eran fracturas de caderas, en que no se quiso respetar. Nosotros como asociación gremial fuimos a hablar con la dirección –de la clínica-, con los que en ese momento estaban ahí, y le dijimos mire: estos son nuestros aranceles y si no nos respeta los aranceles no vamos a venir, pero no va a venir nadie, y al día siguiente nos respetaron los aranceles, así de simple” (Anestesta N° 3).

El anestesta N° 5 señala que esta táctica es la única opción que tienen para que la clínica les respete los aranceles estipulados por ellos mismos. Sin embargo, se produce una situación ambigua, pues el interés de los médicos no es desligarse completamente de la clínica, sino únicamente de las operaciones de este tipo de pacientes (con garantías GES provenientes del subsector público).

A partir de este interés por rechazar a estos pacientes, pero queriendo seguir vinculado al centro privado operando pacientes bajo otras modalidades, se producen situaciones en que la decisión de los médicos respecto a participar o no de la operación se

ve orientada por el tipo de aseguramiento que tienen las personas. Tal como se ilustra en la presente cita, estas situaciones no se ajustan con el ideal construido por los médicos respecto a la decisión de brindar atención o no a determinados pacientes. Es decir, se vislumbra como un aspecto negativo, reñido con la ética médica, y poco ajustado al ideal que debe poseer el acto médico. Esto se manifiesta en la incomodidad que dicen sentir los médicos al preguntar: ¿Qué precio tiene el paciente?

“Lamentablemente para uno en lo particular es muy penca, a mí no me gusta andar diciendo...te dicen: doctor, tenemos que operar una vesícula en la clínica. Y yo decir: Ya, ¿Qué precio tiene el paciente? No, o sea yo éticamente no debería hacerlo, pero hay colegas que lo están haciendo en la actualidad. Dicen: ah ya, es GES entonces no voy, ¿Es Isapre? Entonces sí, ¿Qué tipo de convenio? ¿Un convenio medio raro de los CAE? Entonces no, no voy” (Anestésista N° 5).

En relación a los mecanismos de trabajo privado de los médicos instaurados por la Reforma AUGE-GES, se puede apreciar que hay una relación directa entre éstos y el aumento de las oportunidades para poner en práctica una forma de trabajo con mayor libertad e independencia en las labores asistenciales. Por ejemplo, estas mayores cuotas de libertad en el desempeño profesional de los entrevistados apuntan a un trabajo privado por metas, y por tanto lo importante es cumplir con los objetivos señalados en la licitación, siendo irrelevante el horario de trabajo de los médicos.

Por otro lado, en esta modalidad de trabajo no existen obligaciones hacia los médicos más allá del trabajo clínico establecido en las condiciones de la licitación, es decir, el profesional no tiene obligación alguna respecto a efectuar labores administrativas y de gestión al interior de los centros asistenciales. Por lo tanto, los médicos quedan liberados de las obligaciones contractuales que recaen en todos los funcionarios del sector público, que se rigen por un estatuto común para todos los trabajadores del Estado, y en donde se puntualizan sus deberes y obligaciones. La capacidad de estar por sobre estos reglamentos es apreciada positivamente por parte de los médicos.

“¿Horario?, no porque ahí es más bien por cumplimiento de metas, así que ese también es un beneficio para el gallo que no tienen que marcar tarjeta. Si tienes que venir a operar cataratas vengo y las opero nomás po, parto a la hora que quiero y termino cuando termine de operar la cantidad de cataratas que tenía que operar, no tengo esa estrictez del horario. ¿Usuario administrativo? Tampoco, no tengo ninguna responsabilidad administrativa fuera de lo que la ley me exige de mi relación como prestador, pero ya el estatuto administrativo queda fuera, entonces el aspecto legal también es cómodo de desligarse del hospital” (Anestésista N° 4).

4.2.5.- La lógica de trabajo colaborativa en la profesión médica

A partir del análisis de los relatos de los entrevistados, se hacen patente la existencia de prácticas impulsadas por los médicos en relación con la orientación que asume la organización de la profesión. A continuación situaremos en aquellas que apuntan a la conformación de equipos de trabajo, en donde se aprecia el interés por trabajar colaborativamente con un círculo cercano y estable de colegas.

Al respecto, es posible constatar que los profesionales establecen una gran diferenciación entre la formación de equipos que se produce en el sector público versus el sector privado. Se concibe como una ventaja del primero el hecho de que se trata con colegas que son conocidos y que se mantienen en el tiempo, lo cual otorga mayor seguridad a los profesionales, en tanto que las complicaciones se solucionan con colaboración mutua de los miembros del equipo.

“En el sector público- La gran ventaja es que uno trabaja en un ambiente cerrado, con gente que conoce, con recursos que conoce, donde para uno es mucho más fácil manejar la situación. En las Clínicas Privadas uno trabaja solo, acá nosotros trabajamos en equipo. Somos varios colegas, si uno tiene un problema le pregunta al colega de al lado, nos ayudamos entre nosotros. La forma de trabajar dentro de un Servicio es muy diferente de la forma de trabajar en la Clínica Privada. (Anestesiista N° 2).

La conformación de equipos de profesionales estables implica que la vinculación con los colegas exceda el ámbito laboral, repercutiendo en muchos casos en amistades entre el equipo de trabajo, fortaleciendo la lealtad e identificación hacia el grupo laboral que se conforma en el hospital.

“De partida se trabaja con un equipo más o menos afiatado, se trabaja siempre más menos con la misma gente. Se forman grupos de trabajo bien formados. Además, el día a día con sus problemas y sus cosas buenas hace que se formen ciertas lealtades, ciertas amistades y cierta responsabilidad con el Sistema, que para mí por lo menos hace que me identifique” (Anestesiista N° 7).

Esta mayor colaboración grupal de los equipos en el hospital también se identifica en el caso de los oftalmólogos. Acá se retrata claramente que los lazos no se restringen exclusivamente al ámbito laboral, sino que se reproducen en la vida personal a nivel familiar, en espacios de sociabilidad comunes, en torno a los que se van afianzando las confianzas, y creándose vínculos de amistad entre los profesionales.

“Pero el ambiente laboral es muy bueno. De hecho no solamente trabajamos aquí, sino que nos juntamos afuera los fines de semana, hacemos vida con nuestras familias juntas porque somos amigos” (Oftalmólogo N° 1).

También se menciona que el ambiente laboral más cohesionado del sector público permite mejorar la comunicación entre el equipo que realiza una intervención quirúrgica a un paciente, y por lo tanto hacer de esta instancia un lugar de trabajo más agradable para los médicos.

“Yo creo que es mucho más agradable operar y que te ayude alguien que es un amigo, a alguien que no tienes relación más que profesional. Es más agradable el ambiente, el ambiente en sí” (Oftalmólogo N° 1).

En contraposición, al sector privado se le atribuye una lógica de trabajo mucho más individualista, en donde los problemas que se presentan en las intervenciones de los pacientes son asumidos personalmente por los médicos, pues hay un mayor desconocimiento de las pericias del equipo con el cual les tocó trabajar ante una coyuntura determinada.

“Haber, en el área privada uno trabaja de forma mucho más aislada primero que todo, o sea no tienes la necesidad de interactuar mucho con el resto de los colegas. Dentro del hospital uno tiene que coordinarse mucho más, por lo que significa la gestión del pabellón y la clínica cotidiana uno tiende a interactuar mucho más. Como prestador independiente uno se coordina con su cirujano y su paciente, y listo. Dentro del hospital se articula una relación mucho más compleja, afuera es mucho más simple” (Anestesista N° 4).

Igual percepción poseen los oftalmólogos, quienes mencionan que en la clínica tienen menos espacios destinados para las reuniones clínicas, en donde se discuten los problemas que se van presentando, se proponen posibles soluciones y se acuerdan estrategias a implementar para otorgar la atención a los pacientes

“Claro, tú en el Sistema Privado estás tú sólo con tu paciente a menos que trabajes en una clínica...y tenemos la posibilidad de hacer reuniones clínicas, pero es mucho menos frecuente. No es como acá que se hace semanalmente una reunión clínica, que tú tienes los colegas al lado trabajando al mismo tiempo, entonces tienes más opción de hacer más intercambio” (Oftalmólogo N° 4).

Continuando con la idea anterior, la argumentación del oftalmólogo N° 5 apunta a que en el ámbito privado el trabajo clínico es más autosuficiente, y menos complementado con el intercambio entre colegas ante dudas respecto a determinados casos clínicos.

“...en el fondo acá con la privatecna uno tiene que ser más autosuficiente, en el fondo es menos lo que uno se complementa con otros colegas, a menos que sean dudas más grandes. Es por un asunto de tiempo también, que no concordamos todos al mismo tiempo; en el hospital A nosotros siempre estamos siete haciendo policlínico al mismo momento, entonces uno puede complementarse ahí mismo” (Oftalmólogo N° 5).

La mayor colaboración y cohesión grupal en el trabajo se ve facilitada primordialmente en el sector público, pero también se pueden observar intentos por poner en práctica en el sector privado. Esta tendencia por extender una lógica de trabajo colaborativa hacia el sector privado es potenciada por el hecho de que en el caso de los anestesistas se trata de una especialidad en falencia, lo cual les permite conocerse más fácilmente entre los colegas pues conforman un círculo muy reducido. De hecho, tal como salta a la vista en los dichos del anestesista N° 1, la relación con los colegas que se relacionan en el ámbito privado partió desde la formación inicial en la universidad.

“Mira, la relación con la mayoría de ellos –los colegas con que participa en el sector privado- partió en la Escuela de Medicina en que estudiamos juntos. Una de las características más es que me gusta trabajar con gente que conozco del punto de vista humano y del punto de vista profesional y actualmente trabajo solo con los amigos, ya no trabajo con cualquier cirujano” (Anestesista N° 1).

Otro factor que facilita la extensión de la lógica de conformación de equipo propia del sector público hacia el sector privado, es que generalmente son los mismos médicos que trabajan en ambos subsectores paralelamente, y por tanto conforman equipos similares en las clínicas a los que pertenecen en el hospital. Esta táctica se concibe como una “prolongación” del trabajo hospitalario.

"...-en las clínicas- somos colegas generalmente del hospital, y que uno prolonga la actividad del hospital con actividad privada" (Anestesista N° 5).

A diferencia de los anestesistas, el oftalmólogo N° 1 menciona que la relación con los colegas del ámbito privado no comenzó en la formación de pregrado, sino que se inició conociéndose en el ámbito público, luego de lo cual se extendió al sector privado pues la mayoría de los médicos del hospital también comenzó a trabajar en una misma clínica.

"Y somos también los mismos más o menos que estamos afuera en la clínica, entonces partió de acá. Compañeros que se han formado aquí o que han llegado a trabajar aquí. Y todos estamos trabajando en la clínica, que es un grupo más grande" (Oftalmólogo N° 1).

De hecho, en algunos casos esta prolongación de los equipos hacia el sector privado conlleva incluso la coordinación de los horarios entre los profesionales que pertenecen a subespecialidades que necesariamente son complementarias, como es el caso de los neurocirujanos con los anestesistas. Tal como se menciona el anestesista N° 7, ambos profesionales destinan las mañanas para el trabajo hospitalario y las tardes para el desempeño al interior de las clínicas.

"... no funciono con grupos tan distintos tampoco, trabajo siempre con los mismos...Por una cuestión práctica, de que se crean los lazos que yo te comentaba de la medicina pública en las mañanas, se extienden en el resto del día por una cuestión de confianza mutua; del cirujano al anesthesiólogo, de uno mismo al cirujano. Así es que sabemos trabajar, ya nos entendemos con la mayoría de la gente, entonces sabemos cómo trabajar y es más fácil compatibilizar nuestros horarios también" (Anestesista N° 7).

En esta misma línea, una lógica colaborativa de trabajo conlleva una relación laboral construida a lo largo de un período extenso de tiempo, en donde se va conformando un equipo de trabajo entre arsenaleros, pabelloneros, cirujanos, y ayudantes que tiende a tener muy poca rotación entre sus miembros. Así se lo manifiesta el relato del anestesista N° 3 y N° 6, en donde incluso se menciona que bajo ninguna circunstancia darían anestesia a un paciente operado por un cirujano desconocido, puesto que ello implicaría arriesgarse a un error médico del equipo.

"A mí me gusta trabajar en equipo. Yo trabajo con cirujanos hace 23 años, con los mismos equipos. Solamente con dos, ellos tienen hace años el mismo arsenalero, y en general los mismos ayudantes. Entonces nosotros nos conocemos, o sea yo he logrado trabajar en la parte privada de la misma forma, o casi la misma forma como trabajaba en la urgencia, con la diferencia de que operamos casi cirugías electivas mucho más que cosas de urgencias, pero somos los mismos grupos. Cuando voy a operar yo sé quién va a arsenalear, quien va a operar. No voy a una clínica a dar la anestesia a un cirujano que no conozco, no lo haría jamás, jamás" (Anestesista N° 3).

Esta variable extra profesional en la conformación de los equipos de trabajo de los médicos se piensa como una virtud, pues se dice que permite enriquecer un trabajo mancomunado en el cual los problemas derivados de la práctica clínica se enfrentan acompañados, se facilita el conocimiento de las destrezas y limitaciones de cada miembro del equipo, y se fortalece la confianza en el actuar de los profesionales con los que se vincula. Cobra especial relevancia el hecho de que al trabajar con profesionales con quienes

se establecen vínculos en ámbitos distintos al médico, se reducen los riesgos ante posibles intervenciones en donde exista un resultado inesperado y maligno para el paciente. Todo lo anterior se manifiesta con nitidez en la relación que los anestesiólogos intentan promover con el cirujano.

“Entonces creo que el mezclar el respeto con el conocerse en la amistad ayuda mucho al desempeño profesional. Y evidentemente que si tú conoces la trayectoria del cirujano sabes la calidad profesional y técnica de esa persona, entonces uno se confía plenamente en las decisiones. Uno sabe como anestesiólogo que está compartiendo un riesgo conocido, y ellos también, saben que cuentan con un profesional de buena calidad, profesional y humano, que nunca va a hacer algo incorrecto, entonces tú tienes la tranquilidad de trabajar con lazos” (Anestesiólogo N° 1).

Es relevante destacar que en esta lógica de conformación de los equipos de trabajo la trayectoria profesional se convierte en un facilitador de la instauración del vínculo señalado más arriba en la relación anestesiólogo-cirujano. Tal como queda de manifiesto en los dichos del anestesiólogo N° 1, con una trayectoria considerable dentro de la especialidad se conocen los riesgos a los que se exponen al trabajar con un equipo poco conocido. Es decir, no se “arriesgan” a trabajar bajo estas condiciones.

“...pero uno a lo largo de los años, uno ya tiene 25 años de médico, te das cuenta que llevarte sorpresas en sentido negativo no es bueno, porque pones en riesgo la vida de un paciente. Te sometes al riesgo de tener problemas éticos también o mayor tasas de complicaciones... cuando tú como anestesiólogo si hay complicaciones quirúrgicas tienes que volver con el paciente, tienes que dar la cara con el paciente. Yo creo que para nosotros trabajar con un grupo conocido, que se conversan las cosas, que se conocen, es muy importante” (Anestesiólogo N° 1).

En este interés por relacionarse principalmente con un grupo estable de profesionales en la conformación de equipos también se argumenta en relación a dos aspectos diferentes; por una parte, se afirma que la lógica colaborativa tendría como beneficio una atención más segura e integral al paciente, puesto que al ser operado por un equipo que se conoce en sus pericias y que ha realizado el mismo procedimiento en varias oportunidades, se disminuyen los riesgos de alguna complicación en la salud del paciente acarreada por la operación

“O sea, si tú lo vez por el paciente es mucho mejor, porque es mucho más integral, está realmente con personas que saben y han trabajado conjuntamente. Y como todo el mundo sabe, en la medida que la misma gente realiza el mismo procedimiento muchas más veces en una forma mucho más sistemática, y en un equipo establecido, disminuyen todos los riesgos y las complicaciones son menores” (Anestesiólogo N° 5).

En este sentido, también pudiese verse afectado el prestigio del propio profesional. En la práctica, el discurso de los médicos apela por la lógica colaborativa puesto que con ella se evitan posibles problemas en donde esté en juego su reputación, por los errores que pudiesen cometer otros miembros del equipo, a los que se desconocen si se está inmerso en una lógica más individualista de trabajo.

“...pero también tengo que saber, como diría el huaso, con qué chicha me estoy curando. Yo tengo que ver si el cirujano es capaz, porque o sino no voy a ir a pasar rabias con una persona que no tiene dedos para el piano, porque yo me puedo meter en un problema” (Anestesiista N° 3).

Tal como se desprende de estos discursos, en el ámbito privado el nexo que los anestesiistas construyen con los cirujanos es un factor que pesa a la hora de decidir si éstos participan o no de una determinada prestación ofrecida en una clínica. Así se expone en la cita que se presenta a continuación, en donde es posible apreciar las ventajas de la lógica colaborativa; a saber, el bienestar del paciente y el prestigio del médico son pensados como aspectos complementarios, en donde ambos se benefician al trabajar formando equipos estables.

“Yo evalúo la calidad del cirujano, las condiciones de la clínica. Para mí son fundamentales, saber con quién estoy trabajando y dónde estoy trabajando, si me da seguridad o no. ¿Seguridad de qué tipo? De salvaguardar el bienestar del paciente. Primero, saber que el cirujano es bueno y que no va a dejar la embarrá y yo meterme en un problema médico-legal por culpa de un cirujano que no es criterioso, entonces eso evalúo” (Anestesiista N° 6).

4.2.6.- La flexibilidad del trabajo médico

Otra tipo de prácticas que se pueden observar en el Campo Profesional de los médicos dice relación con la relación contractual que establecen con el hospital. Acá pueden constatar un discurso diverso; por una parte, hay sujetos que apelan por una mayor flexibilidad laboral. Esta postura concibe a las características del sector público como una condición “limitante”, en lo relativo a los horarios de trabajo, cursos de perfeccionamiento, prerrogativas laborales o la modalidad de vacaciones. Tal como ha planteado Machado (1991), esto da cuenta de la búsqueda por ejercer un modelo de trabajo artesanal autorregulado, lo cual queda de manifiesto en el discurso del anestesiista N° 1, quien señala que los médicos prefieren el ejercicio liberal de la profesión.

“En la Región de Valparaíso, nosotros hemos tenido que nuestros nuevos especialistas la mayoría está poco tiempo en el Sistema Público, migra rápidamente al área privada, donde el trabajo es libre, los sueldos son relativamente mejores, pero sobre todo no tienen la limitación de ser funcionario público; no hay que cumplir horarios, no te restringen la cantidad de vacaciones, no te restringen si tú vas a ir a curso o no vas a ir a curso, si tienes que pedir día administrativo, la gente prefiere el trabajo liberal de la profesión” (Anestesiista N° 1).

Es relevante destacar que en este punto también el sector privado (tanto las clínicas como las Consultas Particulares) tienen un mayor atractivo para los médicos, pues conforma un área laboral en donde se trabaja con una lógica más flexible.

“...claro que si hacer un ejercicio liberal de la medicina, entonces claro ahí tú regulas tus horarios y tú manejas tu agenda, eso es cierto... obviamente si hay más flexibilidad afuera, en el ámbito privado” (Anestesiista N° 6).

“Porque la consulta tú la manejas como tú quieres y nadie te impone nada” (Oftalmólogo N° 4).

Lo anterior también se manifiesta en el hecho de que los profesionales tienen más autonomía para regular su carga de trabajo en el sector privado. Lo anterior se plasma en la auto regulación de horarios, días de trabajos, pacientes atendidos por hora, y el término de la jornada laboral. Todo ello repercute en que los médicos se consideren relativamente independientes en su quehacer, es decir, sin las restricciones que impone una jefatura del sector público.

“Bueno, ahí tú tienes el horario organizado por ti mismo, tú eres tu propio jefe, por lo tanto tú designas cuántos pacientes ves por hora. A veces uno se da media hora si es que el caso lo amerita, por lo tanto tienes bastante tiempo para explicar cosas. Y si tú te quieres ir a cierta hora pues detienes la consulta y ya está. No tienes una exigencia extra, tú mismo te colocas la carga, por lo tanto tú la puedes regular” (Oftalmólogo N° 3).

En esta misma línea, se argumenta que el sector público debiera considerar facilidades para que los médicos puedan compatibilizar su desempeño en el sector privado. Tal como expone el anestesista N° 4, hay urgencias de pacientes privados en los cuales se hace indispensable que los médicos tratantes que se encuentran en horario hospitalario puedan atenderlos. En esta situación, se apela porque el hospital abra una ventana en la jornada laboral para permitir que ello sea posible.

“Hay poca gente que se dedica a la anestesia cardiovascular, por lo tanto voy a tener que ir yo, y de repente puede significar que llegue atrasado al hospital en la mañana, o en la mitad de la mañana tengo que salir a atender una urgencia porque no hay otro. Podría haberme complicado con mi cumplimiento estricto...” (Anestesista N° 4).

Lo anterior se concibe como una facilidad que no perjudicaría las tareas que le son asignadas a los médicos en el hospital, pese a que se reconoce que existen casos de abusos por parte de los profesionales al respecto. Antes bien, es notorio que se ponen en juego acuerdos tácitos entre los médicos y las autoridades de los servicios clínicos; estos últimos dan la oportunidad para este tipo de aperturas hacia el sector privado, a condición de que los médicos “no dejen botada la pega”.

“...si nos dan un poco de flexibilidad, da pena por lo que uno escucha a veces en las noticias de gente que se la toma así con mucha holgura y que se va para la casa todo el día y viene a marcar tarjeta como tú ves en las noticias digamos, no me consta. Fuera de algunas cosas esporádicas que salen en la prensa. Esos abusos son los que obligan a las autoridades a apretar. Pero yo no me he sentido apretado, al menos nuestra jefatura aquí nos ha entregado flexibilidad porque sabe que siempre hemos respondido, siempre hemos estado dispuestos a venir a la hora que sea a resolver una urgencia” (Anestesista N° 4).

En estos términos, es destacable que en el sector público el trabajo se organiza y divide entre los profesionales en virtud de la dirección del servicio clínico respectivo. Sin embargo, en este punto también son consideradas las preferencias individuales de los médicos, y los intereses que tienen por especializarse en determinadas áreas.

“En nuestro caso, el jefe respeta nuestras preferencias por lo tanto hay algunos que les gusta solamente hacer urología, y trata de dejarlo solamente en eso, sobre todo los anesthesiólogos más antiguos. Los más jóvenes somos más versátiles, somos como

comodines, entonces para allá y para acá, cosa que a algunos no nos molesta. A mí por ejemplo no me gusta cirugía infantil y me carga la anestesia pediátrica. Y yo le digo: por favor no me mandes para allá, trata de no mandarme” (Anestesista N° 6).

En contraste, la organización del trabajo en el sector privado se articula de forma mucho más inestable, con horarios variables según los actores que demandan la participación de los médicos. En los anestesistas, es posible visualizar dos mecanismos contractuales en este ámbito; primero, el vínculo con el cirujano que trata al paciente en su consulta particular desde el diagnóstico, y luego debe operarlo en un Clínica. El segundo, es directamente desde la Clínica, que muchas veces requiere al anestesista para operaciones programadas por los centros privados. En este caso, el vínculo con el cirujano se produce en una segunda instancia. En ambas modalidades, cobra un valor positivo el hecho de que la decisión de asistir o no es tomada por los médicos de forma independiente, sin un control institucional. En palabras del anestesista N° 6 “tú distribuyes tu tiempo”.

“De la clínica generalmente, y tú preguntas ¿Cuál cirujano? A veces cuando tú trabajas con un equipo te llama alguien del equipo, y ese alguien del equipo coordina la hora con la clínica y todo. Esa es una forma de trabajo, la otra es que te llamen de la clínica y te digan “¿Sabe qué?, necesitamos anestesista para el Doctor XXX que tiene una cola en la clínica D, ¿Usted puede venir doctora? Yo digo: Ya listo, ¿A qué hora es? O decides si vas o no. Tú distribuyes tu tiempo” (Anestesista N° 6).

4.3.- El sentido práctico en el Campo Profesional de los médicos

Finalizando el acápite de resultados, profundizaremos en los elementos que podemos apreciar en relación al sentido práctico que está orientando las prácticas que se despliegan en el Campo Profesional de los médicos, a partir de la Reforma de Salud AUGES.

4.3.1.- Las motivaciones profesionales en juego

Comenzaremos precisando cuáles son las motivaciones de los médicos en relación a su desempeño. Un primer hallazgo al respecto es el atractivo que tiene la actualización de los conocimientos clínicos que se produce en el sector público. Así lo manifiesta el anestesista N° 1, para quién el “hacer escuela” es una ventaja que los especialistas vislumbran como una oportunidad laboral de los hospitales, en comparación con las clínicas. Se menciona, además, que esto ha podido mantenerse relativamente estable en el tiempo a partir de que no se han incluido aún con masividad empresas privadas al interior de los hospitales. Consecuentemente, en este “hacer escuela” se desarrollan instancias para la discusión clínica de patologías cuyo tratamiento debe ser analizado colectivamente, en donde los colegas pueden participar y escuchar diferentes puntos de vista.

“Evidentemente que los Hospitales Públicos que conservan esa mística de trabajo, en que todavía no hay empresas privadas dando anestesia por ejemplo... se hace escuela, y nadie quiere perder la escuela, porque la mayoría estudia medicina porque desea ser un buen profesional. Y hacer escuela en el área privada es prácticamente una ilusión, la gente todavía quiere tener ese contacto con el caso clínico, con la discusión de la reunión clínica, con el desafío de pacientes complejos, de trabajar en equipo aunque sea unas pocas horas” (Anestesista N° 1).

Sin embargo, un aspecto que actúa desmotivando a los médicos a que se vinculen con el sector público apunta a la excesiva comercialización con que institucionalmente se trata a los médicos. Esto es acusado por los médicos más viejos, quienes observan que las generaciones más jóvenes vislumbran su paso por los hospitales como una etapa inicial en la carrera profesional, como un paso previo para insertarse en otros círculos laborales. En estos términos, no se valoraría la experiencia, las pericias y la trayectoria que tradicionalmente los profesionales han manifestado en los hospitales.

“Yo tengo la sensación de que en el Hospital las Instituciones desconocen el valor de la trayectoria y la experiencia; mientras hay alguien que pueda resolver la pega, y no se valoriza la experiencia. Y uno ve cómo la gente está un tiempito. Se aburren: ya quemé una etapa, me voy para otro lado, ya listo no me interesa. No se sienten acogidos, no ven que puedan desarrollar una trayectoria en el hospital” (Anestesista N° 4).

Conjuntamente con este discurso, que acusa un trato poco acogedor y a la desvalorización de la trayectoria profesional por parte del hospital, se describe que los médicos más jóvenes han ido progresivamente dejando de lado el interés por el bienestar del paciente en las decisiones que van tomando en su carrera. Esto se hace patente en el momento de elección de las especialidades. Tal como se menciona a continuación, el área de anestesiología cardiovascular implica requerimientos de horas y tareas hacia los especialistas que muchas veces sobrepasan lo que estrictamente son las funciones normales. Este hecho es tomado como un sacrificio en virtud del paciente que los médicos más jóvenes no están dispuestos a ceder.

“Si por eso yo les digo a colegas jóvenes hoy: métete a hacer anestesia cardiovascular. ¿Qué significa eso? Que entras a las 7 de la mañana porque me interesa partir temprano, pero no sé a qué hora vas a terminar. Y si se complica el paciente porque es una cirugía compleja, significa que el colega que está en la urgencia no va a subir a ver a ese paciente, porque va a sentir que es una cuestión muy compleja. Me dicen: Ahh, ya...te aviso” (Anestesista N° 4).

Otra motivación que aducen los entrevistados para su participación en los hospitales es que los pacientes manifiestan actitudes hacia ellos que los hacen sentir más reconfortados que en el sector privado. Dentro de este último, los pacientes son más exigentes y racionales, relacionando la actuación profesional de los médicos como un deber, una obligación. Ello deriva en que los médicos se vean condicionados por amenazas por parte de los pacientes, que los hacen sentir incómodos, pues no se les reconoce el sentido vocacional de la medicina.

“Me gusta que la gente de repente te de las gracias, eso te hace sentir súper reconfortado, sobre todo en el caso mío porque los pacientes que me tocan a mí son pacientes que se pueden morir. Entonces cuando tú ves la gente antes, después, y durante...y te dicen: gracias doctor. Uno se siente súper reconfortado. En la parte privada eso prácticamente no ocurre porque es tu obligación. Y al contrario estás casi amenazado, te dicen: si me pasa algo lo voy a demandar” (Anestesista N° 5).

Un elemento diferencial también entre el sector público y privado es la complejidad de las patologías que presentan los pacientes que se atienden en uno u otro subsector. En el

sector público se menciona que los pacientes tienen patologías con un mayor grado de avance, con mayores complicaciones clínicas, y muchas veces se trata casos que son muy poco frecuentes. Estas características hacen que la atención a este tipo de personas se convierta en un desafío profesional para los médicos, que los motivan para que en estas situaciones pongan en práctica conocimientos y destrezas más particulares que los que implementan en el sector privado. Tal como menciona el anestesista N° 6, estos pacientes dentro de los hospitales son un “reto” para los médicos.

“...la formación continua, porque uno está viendo patologías que se ven menos frecuentemente que en el Sistema Privado, pacientes más complejos, pacientes más variados...Y por el otro lado la complejidad de los pacientes, son pacientes más complejos. Afuera para mí es una lata, afuera no me gusta mucho. En cambio aquí son pacientes que son como un reto” (Anestesista N° 6).

La mayor complejidad de los pacientes hospitalarios se ve acentuada por el hecho de que son casos que llegan a los servicios clínicos con una patología en un estado superior de avance. Además, al ser el sector que atiende a la mayor parte de la población existe una mayor posibilidad de encontrar a pacientes con patologías poco prevalentes.

“Claro, los pacientes del Sistema Público que muchas veces tienen dificultades de acceso a la salud llegan con los cuadros más avanzados. Hay un volumen de gente más grande y por lo tanto la posibilidad de encontrar casos extraños es mayor en el Sistema Público que en el privado” (Oftalmólogo N° 3).

Lo anterior incentiva a los profesionales a discutir la tecnología médica que contemplan en los procedimientos terapéuticos que dispensan a los pacientes, con un grado de exigencia y presión laboral mayor que la que tienen en el sector privado.

“...que permite un desarrollo técnico especial, y te obliga a trabajar también con un nivel de stress. Hay que trabajar con una velocidad y con un criterio técnico que es mucho más exigente en la atención pública que en la privada” (Anestesista n° 7).

Para el anestesista N° 7, especial atractivo tiene este reto profesional para los médicos jóvenes que han realizado su especialidad hace poco tiempo atrás, y desean poner en práctica los conocimientos adquiridos durante el proceso formativo. Aquello es respaldado por el oftalmólogo N° 2, quien además describe su trabajo en su consulta como rutinario, en comparación al interés que le provocan los desafíos del sector público

“Es un reto profesional. Muchos de nosotros llegamos al Sistema Público... también uno de los factores importantes es eso, que al salir de la especialidad quiere tener pacientes complejos, quiere realizar cosas interesantes, y eso lo da sobre todo la medicina pública, no lo da la medicina privada, definitivamente eso es así” (Anestesista N° 7).

4.3.2.- Labores docentes

Pudo encontrarse opiniones diferentes respecto a la importancia con que se retratan las tareas docentes de los médicos en la formación de las nuevas generaciones de especialistas. Por una parte, hay relatos que apuntan a que la vinculación con los médicos

en formación es un elemento motivante para los más viejos, quienes ven en la enseñanza hacia los primeros una oportunidad para actualizar los conocimientos y destrezas.

“Porque me gusta el hospital, porque tienes el contacto con los cabros que están haciendo la beca, con los alumnos, con los internos...eso es muy motivante” (Oftalmólogo N° 2).

Sin embargo, también hubo quienes hacen mención a que esta motivación es minoritaria entre los médicos, que no se ven interesados en ser docente.

“... estoy súper metido en la parte académica, pero esa es una cosa de excepción, los colegas no tienen mucho interés en enseñar. Para que un becado salga bien formado aparte de tener equipamiento tienes que tener colegas que estén dispuestos a enseñar, sino la gente no sale bien formada” (Oftalmólogo N° 3).

Es relevante destacar que las dos especialidades justifican este desinterés generalizado en la formación médica aludiendo a limitaciones presupuestarias que tienen los centros docentes para formar a las nuevas generaciones. Es decir, para los entrevistados existe un interés genuino para desempeñarse como docente. De hecho, el oftalmólogo N° 6 niega que existan reticencias de los médicos ya especializados hacia la formación de las nuevas generaciones, a partir de que ello implicaría menores oportunidades laborales.

“Entonces no hay un celo de no enseñarle, además que cuando llega un becado, el becado entra y es de la familia, o sea tú lo tratas como a un igual. No hay recelo de: no le voy a enseñar esto, porque a lo mejor después lo va a hacer mejor que yo y después me quita los pacientes...No” (Oftalmólogo N° 6).

Tanto para los anestesiólogos como para los oftalmólogos, estos argumentos sostienen que el proceso formativo de especialidad necesita de infraestructura y de materiales quirúrgicos que los hospitales docentes muchas veces no los poseen, o los poseen de forma muy restringida. Ello no permitiría que se amplíen el número de médicos que se forman cada año.

“Entonces, tiene que haber cierta infraestructura para recibir a los becados, no puedes tener acá 10 becados y los gallos que estén afuera sin hacer nada, entonces tienes que poder ofrecer las cosas. Entonces, hay una restricción particularmente en oftalmología, que es una especialidad que tiene mucha tecnología, mucha maquinaria que...no caben más, no pueden haber más de tres personas trabajando acá porque no caben” (Oftalmólogo N° 6).

En el caso de los anestesiólogos, las limitaciones se relacionan a la organización de las rotaciones de los becados, en donde se debe considerar tanto al médico a cargo en cada temática, como el acceso a pabellón. Esto último sería el principal obstáculo, pues se menciona que en las condiciones actuales no es posible aumentar el número de becados rápidamente, pues la capacidad de los pabellones docentes es limitada. Así lo apunta el anestesiólogo N° 3, quien se refiere a los riesgos hacia el paciente que conllevaría sobrepoblar los pabellones de becados, pues se aumenta la posibilidad de alguna infección intrahospitalaria.

“...yo no puedo sobrepoblar de becados cada rotación, porque no tengo mano de obra docente ni de paciente para que ese becado se forme, ¿Me explico?...O sea tú no puedes fabricar más especialistas de la noche a la mañana, aunque quisieras, porque todo tiene un tiempo” (Anestesista N° 3).

En este sentido, se acusa que en algunos casos la vinculación de los docentes como prestadores externos en los hospitales repercute en una diferenciación en su trato con los becados. Es decir, la obligación docente se vincula al trabajo bajo la modalidad de médico funcionario, pero no así bajo la que opera como prestador externo. Si se observa el relato del anestesista N° 4, se puede dar cuenta de que éste describe cómo los médicos rechazan ser docente cuando se encuentran en esta última modalidad.

“Segundo, la parte académica; si yo vengo de afuera a hacer una acción puntual yo no tengo nada que ver con enseñarle al que está al lado mío. Si el Hospital tiene alumnos internos por el convenio que tiene con la Universidad olvídese...Te dicen: ah no es que ese día vengo como prestador externo así que mañana te lo acepto pero pasado mañana no” (Anestesista N° 4).

Se suma a lo anterior el que no todos los entrevistados están contratados como docentes de las Universidades que tienen campos clínicos en los hospitales. Esto genera molestias en los médicos que aún así ejercen la docencia sin una ligazón formalizada con las Universidades, y que por lo tanto toman su ejercicio docente como una tarea adicional a las que estrictamente deben desempeñar en el hospital, vinculando estas acciones a una demora en su desempeño, pues implica tiempo dedicado a explicar al becado en formación los diagnósticos y tratamientos que se dispensan a los pacientes.

“Yo apporto a la Universidad desde que egresé y nunca me han pagado un peso, tampoco lo pido, pero nunca me ha pagado. Tú viste que estoy con el becado acá y me he demorado el doble de lo que me debería haber demorado, y ya estaría en otro lado, pero te demoras más enseñando, y la Universidad no aporta nada” (Oftalmólogo N° 6).

Esta desmotivación que imponen las relaciones contractuales con las instituciones también puede observarse en el caso de los médicos que mantienen efectivamente un vínculo con las Universidades como docentes de las prácticas clínicas, a través de un convenio docente-asistencial con el hospital. En este caso, la desmotivación pasa porque a pesar de existir una relación entre ambas organizaciones, ésta no contempla los incentivos para que los médicos ejerzan la docencia hacia los becados, no les brinda los espacios para que éstos desarrollen competencias como docente, y se restringe exclusivamente a una duración limitada dentro de la jornada de los médicos, más de lo que en la práctica contemplan las rotaciones de la especialidad. Estas restricciones desembocan, tal cual ilustra el anestesista N° 4, en que los médicos se sientan acosados por el hospital.

“Los pocos que hacen docencia lo hacen a través del vínculo que tengan con la Universidad, y con la sensación de que si el hospital más o menos los pilla con esta relación con la Universidad están defraudando al fisco... porque a mí me están pagando aprovechando los recursos del hospital para yo prestarle los servicios a una institución privada que es la Universidad” (Anestesista N° 4).

4.3.3.- El sentido público en la medicina

La concepción de la importancia que tiene el sentido público en la medicina también es relevante al momento de estudiar las motivaciones que los profesionales poseen respecto a su trabajo. Indagando en esta temática, es posible apreciar que éste es un valor fuertemente presente en la escala de valores de los especialistas. Se manifiesta que fue el origen que incentivó la elección de la medicina como carrera profesional.

“Para mí es eso en realidad, es como la vocación creo yo. Yo no me formé para trabajar en el Sistema Privado, esa es mi visión personal. La de otros será, no sé po. Yo no me formé para trabajar en el Sistema Privado, yo siempre tuve el enfoque de trabajar en el Sistema Público” (Anestesiista N° 6).

Al respecto, el sentido público de la medicina se traduce en que los entrevistados manifiestan tener un “compromiso social” al trabajar en el sector público, pues es evidente que aquí se atiende a los pacientes con menores ingresos del país, que se encuentran más desprotegidos y vulnerables en términos económicos. A partir de ello, cobra notoriedad que este compromiso social aludido se potencia al saber que la atención que se da a los pacientes hospitalarios es la única opción para este tipo de personas, pues se reconoce que no tienen los recursos económicos para atenderse con prestadores privados, y que sin la atención que dan los médicos en el hospital la salud del paciente se agravaría aún más.

“...yo creo que la motivación de ellos para trabajar en el Sistema Público...todos los que trabajamos en el Sistema Público tenemos un compromiso social. Yo creo que eso es fundamental, los que no tienen compromiso social no están acá, están en afuera porque su orientación probablemente sea de otro tipo” (Anestesiista N° 6).

No obstante, los entrevistados conciben el sentido público de su profesión como una etapa durante la carrera profesional que todos los médicos viven al inicio de sus trayectorias laborales, incluso durante la formación universitaria, en donde se comienzan a vincular con las problemáticas del trabajo asistencial de los médicos al interior de los hospitales. Tal como menciona el oftalmólogo N° 3, estas problemáticas hacen que la etapa en donde se pone en práctica el sentido público se limite principalmente al inicio de las carreras profesionales y no continúe durante el resto de la vida laboral de los médicos, pues éstos van optando por trabajar en el subsector privado.

Se aduce que las razones para ello es la inseguridad que las limitaciones del sector público acarrea para la atención que se brinda a los pacientes, y como consecuencia de ello, el riesgo de que se pueda ver afectado el prestigio del médico que lo atiende.

“P: ¿Cuéntenos qué es para usted el sentido público de la medicina?”

R: El sentido público, bueno pues es una etapa interesante que todos tenemos que vivir alguna vez en la vida. Es uno de los objetivos de ser médico. Uno ahora con los sistemas actuales puede hacer bastante labor social en los centros privados, con mejor equipamiento y mejores condiciones.

P: ¿Cuál es esta etapa en la que se desarrolla el sentido público de la medicina?”

R: Bueno, una parte entrando en la carrera con un sentido público, sino no sirves para ser médico.

P: ¿Y cuándo se vive esa etapa?”

R: Cuando empiezas a entrar en los Hospitales, que es como en segundo año de la carrera de medicina.

P: ¿Y en algún momento se termina esa etapa?”

R: Pues mira, hay cosas que te van desencantando. Y uno va mermando un poco lo que es la atención pública en pro de atender en lugares donde tengas mejor equipamiento y trabajos más seguro en el fondo. Ya como que no estás muy expuesto a arriesgar tu prestigio con malas condiciones de trabajo, por lo tanto buscas la seguridad para ti y para los pacientes, y a veces los Hospitales no te dan esa seguridad completa como te la dan los centros privados” (Oftalmólogo N° 3).

“R: O sea, la mayoría cuando salen te abocas más a los servicios públicos y después cuando tienes más edad y te vas retirando vas dejando ese servicio, o sea la evolución es que vas saliéndote de eso.

P: ¿Por qué?

R: Porque dejas de operar, porque estás cansado, porque estás stresado. Quieres disminuir tu ritmo, no trabajas en tantas partes, ya no tienes tantos pacientes en la consulta” (Oftalmólogo N° 4).

En estos términos, el sentido público se vincula al trabajo hospitalario en la medida en que ello implica obtener menores remuneraciones de las que se podrían obtener en el sector privado, es decir, como un sacrificio económico en virtud de la atención a los pacientes con mayores necesidades y menor capacidad de pago por la atención médica.

“Personalmente creo que todos los médicos de todas las especialidades tenemos que tener horas en los Hospitales Públicos, en el fondo para prestar un servicio público, no me cabe en la cabeza que no estemos prestando un servicio público...porque ahí es donde aprendemos, donde entregamos la mayor cantidad de conocimientos y porque además el sueldo en relación a lo que hacemos representa la mayor entrega en el fondo” (Oftalmólogo N° 5).

4.3.4.- Dilemas éticos

Para finalizar el análisis de los resultados correspondientes al tercer objetivo específico, nos abocaremos al examen de los dilemas éticos que se pudieron encontrar en el relato de los entrevistados. Un primer hallazgo al respecto, apunta a las decisiones que deben tomar los profesionales, relativas a atender o no a un determinado paciente en virtud del reconocimiento del nivel de expertis que tienen para desempeñarse correctamente en la intervención quirúrgica. Tal como reconoce el anestesista N° 3, es reprochable el hecho de que los profesionales se desempeñen en el Sistema Privado en tareas que no son las que habitualmente efectúan en los hospitales, pues ello implica realizar una intervención a la cual no se encuentran acostumbrados, y que es ajena a su rutina cotidiana.

“...pero yo hace 11 años me retiré de la posta y aquí no hago turnos, por lo tanto yo no me enfrente nunca a un recién nacido, no voy a ir a hacer una anestesia privada a un recién nacido cuando no lo estoy haciendo en el hospital. Para mí nivel de auto exigencia ética sería poco ético. No estarían en las mejores manos esa guagua, habrían otros colegas que probablemente lo hacen mejor, porque están más en el día a día de eso, ¿Te fijas?” (Anestesista N° 3).

Otro conflicto ético para los médicos lo representa la reacción de los colegas ante complicaciones de las intervenciones que desembocan en un empeoramiento de la salud del paciente, e incluso en su muerte. Esta situación es particularmente preocupante para los entrevistados en su trabajo en el ámbito privado, donde dicen sentirse más aislados al momento de solicitar ayuda a otros colegas, pues en el área privada se asume que la

responsabilidad por la atención es individual y exclusiva de los profesionales que están involucrados directamente, y no del resto de los médicos que se pueden encontrar en el centro asistencial. Esta exclusividad de la responsabilidad repercute en que exista temor por parte de los médicos para asistir a pacientes con complicaciones en las clínicas, puesto que como menciona el anestesista N° 4, “le pueden caer las penas del infierno”.

“En la parte privada tengo la sensación que estamos mucho más aislados frente a lo que es la participación de otros colegas en los problemas, puesto que en el área privada existe una suerte de contrato tácito entre un paciente y un prestador, y hasta ahí nomás llega. Por lo tanto, si aparecen terceros y la cosa se complica, se le puede complicar gravemente al tercero que no generó este contrato tácito como prestador con el paciente, y le pueden caer las penas del infierno. Hay casos emblemáticos de ese estilo en que se ha complicado la situación en pabellón y se ha pedido socorro entre los alrededores, y si la cosa ha resultado mal caen todos con complicaciones graves” (Anestesista N° 4).

De un modo diferente, en el sector público los médicos se sienten más protegidos ante las complicaciones de los pacientes, en la medida en que son funcionarios que pertenecen a una institución, a la cual se atribuyen las responsabilidades por la salud ante este tipo de situaciones. Aquello hace que no existan reticencias para que un médico colabore en la labor de un colega que debe manejar una emergencia asistencial de un paciente, por lo cual este mayor respaldo institucional repercute en un beneficio tanto de los médicos como de los pacientes.

“En cambio, dentro de la Institución acá uno se siente más protegido, o sea está más protegido porque uno es un funcionario y cumpliendo la normativa, estamos todos peliándonos la seguridad de los pacientes, estamos haciendo causa común” (Anestesista N° 4).

Esta problemática ética en el comportamiento de los profesionales también es relatada por el anestesista N° 5, quien agrega además que ella es más notoria en círculos profesionales más amplios, en donde las relaciones entre los médicos no son tan consolidadas como en la V Región. Así, indica que en Santiago, a partir de un mercado más competitivo, probablemente ningún colega socorrerá a otro ante un paciente descompensado, por el temor a verse involucrado en la judicialización del caso como cómplice de una negligencia médica. Sin embargo, el riesgo de este tipo de coyunturas en la V Región es que en las clínicas no estén colegas a la hora en que ocurren los hechos, lo cual no ocurre en el hospital pues siempre habrá algún colega que brindará ayuda.

“Mira, si tú estuvieras en Santiago el ambiente en general es muy competitivo y es probable que si tú tienes algún problema incluso nadie te vaya a ayudar...Porque si tú te metes eres cómplice, y vas a tener que ir a atestiguar...En cambio, la ventaja de la v región es que si bien existe esto de ser muy individualista, en el caso nuestro los colegas que están alrededor van a socorrerte. Pero corres el riesgo de que tú estés en la clínica a las 10:00 PM y no haya nadie. Suponte que no puedes intubar a un paciente, y no puedes manejar bien la vía aérea, y el paciente se te pone negro y tú dices: ¡Ayúdenme! Ya, pero ¿Quién te va a ayudar si estás solo? En cambio acá en la parte institucional, o sea en la parte hospital, si yo tengo un problema a las tres de la mañana igual puede venir alguien a ayudarme porque no voy a estar solo” (Anestesista N° 5).

En el caso de los oftalmólogos, esta problemática ética derivada de las consecuencias por una intervención que empeoró la salud del paciente tiene características un tanto diferentes. Para el oftalmólogo N° 3, ante estas situaciones los intereses del hospital no siempre coinciden con los de los médicos, por lo cual tienden a desligar la responsabilidad hacia los profesionales en términos individuales y no organizacionales. En las clínicas la situación también es un tanto diferencial, puesto que si bien también responsabilizan a los médicos, éstos tienen la ventaja de que muchos de los centros asistenciales son de su propiedad, es decir, son los dueños, y en esa calidad tienen una defensa mucho más notoria que en el caso de los anestesiistas.

“R: Ahora, muchas veces los intereses del médico son también los intereses del hospital, pero no siempre es así entonces también podría ser esa una razón por la cual la gente no quiere arriesgarse a trabajar en una institución que no siempre te respalda.

P: ¿Y cómo es el apoyo institucional ante estas mismas situaciones en el sector privado?

R: Bueno, las clínicas también abogan por su institución, solo que hay clínicas que son propias de los médicos, por lo tanto la defensa de los médicos va a ser mucho más fuerte” (Oftalmólogo N° 3).

Una práctica implementada por los médicos para evitar la judicialización de los casos es anteponerse a aquello, estableciendo una buena comunicación con los familiares de los pacientes antes de que entren a pabellón. De esta forma, explicando la intervención, dando algunos detalles de la atención y exponiendo los tiempos de espera, logran que los familiares sientan que los médicos brindarán la mejor atención posible al paciente, y que cualquier error sería involuntario. Por ello, en caso de que se perjudicaría la salud del paciente, la familia no tenderá a culpar a los profesionales, y de ese modo se evitará que la situación llegue a los tribunales de justicia.

“Cuando sale mal algo queda mucho a criterio del colega. Pero lo que se recomienda, tanto en el sector público como en el privado, es estar siempre muy encima del paciente que se complicó, muy cercano a él, a la familia, explicarle bien lo que pasó. Y de esa forma muchas veces se puede evitar una judicialización de caso, aunque eso no siempre se logra” (Oftalmólogo N° 3).

Cuando esta táctica de acercamiento a los familiares no funciona y éstos deciden judicializar los casos, los médicos recurren a seguros específicos para estas situaciones. Específicamente, se relata asociaciones gremiales con un seguro que otorga asistencia judicial a los especialistas que se encuentran colegiados y que se ven inmersos en un juicio.

“Pues mira, hay unos sistemas de los cuales uno puede echar mano para que te ayude... es un seguro que uno tiene con el Colegio E, así que hay que estar colegiado. Y...tiene un staff de abogados que te asesora, estudia tu caso y te asesora, eso es lo primero que hay que hacer. Si ya la relación con el paciente y los familiares fallaron y la cosa va a juicio el seguro te puede ayudar” (Oftalmólogo N° 3).

CONCLUSIÓN

En base a la articulación de la perspectiva teórica expuesta con los resultados del estudio, enseguida la investigación finalizará sintetizando las principales conclusiones a las cuales fue posible arribar durante el trabajo investigativo.

Consecuentemente, analizaremos la re-composición del Campo Profesional de los médicos, situándonos inicialmente a nivel de las prácticas que desarrollan estos profesionales, a partir de la implementación de la actual Reforma de Salud AUGE-GES. Desde la lectura de Bourdieu, los agentes sociales tienen un margen de iniciativa frente a las condicionantes estructurales del entorno del que son parte, orientando sus prácticas en virtud de los capitales que disponen para relacionarse con otros agentes en un campo de acción determinado. En este sentido, podemos corroborar la hipótesis de nuestra investigación; *los médicos han hecho un uso estratégico de las facilidades que les ha brindado la Reforma de Salud AUGE-GES, aprovechando las oportunidades de trabajo privado con el propósito de reposicionarse frente a otros agentes que participan de las decisiones que se toman en la arena sanitaria.* Este reposicionamiento de los médicos también se sustenta al tratarse de especialidades en falencias, cuestión que se ha visto potenciada por las exigencias de la actual reforma, que estipula la obligatoriedad de que ciertos especialistas participen del diagnóstico, tratamiento y evaluación de las patologías que presentan algunos pacientes.

Los relatos sistematizados dan cuenta de que el reposicionamiento médico se expresa en variadas maneras. *Sin embargo, todas ellas tienen como común denominador el fortalecimiento del dominio y control de los médicos sobre la asistencia sanitaria.* Respecto al ámbito privado, los médicos detentan mayores cuotas de poder en la negociación con las clínicas por los precios de las prestaciones de pacientes con garantías GES, anteponiendo valores mínimos de forma independiente. Por otra parte, bajo la modalidad de Sociedades Médicas deciden el tipo de licitaciones de pacientes GES hospitalarios en las que participarán. Esta elección se orienta por criterios mercantilistas, por lo cual eligen las patologías que les son más rentables y desfavorecen aquellas que no les reportan las utilidades esperadas. También ejercen su poder al cancelar su extensión horaria privada cuando los mecanismos y plazos de pago desde el hospital no alcanzan sus expectativas. Todas estas prácticas son la expresión del reposicionamiento médico al que nos referimos.

En el ámbito público, es notorio que los médicos están teniendo mayores niveles de poder para discutir las decisiones que toman las autoridades administrativas del hospital. Tal como menciona la bibliografía consultada (Coe, 1979; Cockerham, 2002), la estructura organizacional de los hospitales se funda en una doble autoridad; una de tipo médico-asistencial y otra de tipo administrativo. Bajo este esquema, los médicos están aumentando su poder negociador frente a las autoridades administrativas, pues son una parte fundamental en la cadena de atención de los pacientes GES. En esta negociación, los médicos están teniendo mayores prerrogativas para solicitar actualizar la tecnología médica, el instrumental quirúrgico, y la adquisición de infraestructura nueva. Según los relatos, todo lo

anterior ha repercutido en que los médicos perciban que están teniendo más injerencia sobre el destino del hospital.

Consecuentemente, este tipo de prácticas expresa un mayor empoderamiento de los médicos frente a las autoridades de las clínicas y de los hospitales. Lo anterior está dando cuenta de un resurgimiento del clásico dominio médico de Freidson (1970). *De este modo, el uso estratégico de la Reforma de Salud AUGE-GES está siendo empleado para favorecer su posición frente a los “poderes compensatorios” provenientes del mundo externo al médico.* En efecto, los poderes compensatorios han sido documentados por Light (2000), haciendo referencia a los actores sociales que desde el mundo externo a la profesión médica cuestionan la autonomía de los profesionales, principalmente desde las instituciones empleadoras públicas y/o privadas, así como de los propios pacientes. Aplicado a nuestro objeto de estudio, la oposición médica se riñe con las clínicas, que buscan contener costos en las atenciones arriesgando el prestigio de los profesionales, y de los Estados, que buscan introducir productividad en las prestaciones que realiza el Sistema de Salud, cuestionando en ambos casos la independencia de los médicos. En relación a los pacientes, la incomodidad que expresan los médicos ante un paciente crítico y basado en criterios consumistas coincide con el análisis de Reeder (1972), lo cual expresa que la preferencia por el “buen paciente” es una forma de contrarrestar esta vertiente del poder compensatorio.

Una parte importante de los entrevistados justificó el hecho de que el sector público destine recursos para que pacientes GES sean atendidos bajo alguna modalidad privada. Este argumento aludía a un beneficio convergente para los tres actores involucrados; los hospitales, los médicos y los pacientes. Por una parte, los hospitales logran cumplir con los tiempos que estipula el GES, los pacientes ven resueltos sus problemas cualquiera sea el prestador, y los médicos mejoran substancialmente sus sueldos. En este caso, se hace patente que esta legitimación obedece a la hegemonía ejercida por los médicos, fenómeno documentado por Gyarmati et al., (1984) para la generalidad de las profesiones, y por Machado (1991) y Donnangelo (1994), para el caso específico de la profesión médica. De acuerdo a estos autores, el argumento hegemónico consiste en que los médicos logran convencer a la sociedad en general de que sus intereses particulares representan el interés común, logrando que otros actores se plieguen a sus posturas y las hagan propias. *De esta forma, se oscurece la verdadera motivación del vínculo público-privado en el caso de pacientes GES, que es la búsqueda de ganancia para instituciones privadas, y derivado de ello, una posibilidad cierta de que los médicos aumenten sus rentas al vincularse con estas instituciones.*

Retomando los aportes de Gyarmati et al., (1984), podemos apreciar que este escenario muestra una consolidación de la negociación que estos profesionales han venido estableciendo con las élites estratégicas por el control del Sítus, principalmente en relación a las autoridades públicas del ámbito de la salud, pues son éstas quienes tienen una injerencia directa sobre las directrices que adopta la política pública. En relación a aquello, podemos suponer que tal negociación se ha desarrollado en dos frentes. Por una parte, las autoridades públicas del sector salud implementan modalidades privadas para atender

pacientes GES. Por otra, los médicos resuelven los problemas de salud de estos pacientes en los tiempos que estipula la política, con mayores incentivos económicos debido a que anteponen aranceles mínimos por las prestaciones. De esta forma, la eficiencia del Sitis es transada por parte de las élites estratégicas, en función de un aumento de los ingresos por parte de los profesionales.

Ahora bien, un punto de especial relevancia dentro del ámbito público se refiere a los instrumentos para estandarizar las atenciones médicas. Los hallazgos ilustran que los entrevistados tienen una percepción positiva de estos mecanismos, y sólo mantienen reparos puntuales en algunos tratamientos que necesitan de un mayor margen de acción para el médico. Esta aceptación es consistente con los resultados que han arrojado los estudios de Bascuñán et al., (2011) y de Lemp & Calvo (2012). En este sentido, constatamos que la presión del entorno social está haciendo que los médicos estén aceptando progresivamente que se pauteen algunos niveles de sus decisiones en el ámbito clínico, a cambio de mayores facilidades para aumentar su vinculación con el sector privado. *De este modo, los intentos por conservar la autonomía médica se están redirigiendo desde la práctica asistencial hacia la estructura del mercado de trabajo.* Lo anterior se aprecia con nitidez en el discurso de parte de los entrevistados, que apelan por una mayor complementación del quehacer profesional con instituciones públicas y privadas.

Ahora nos referiremos a la crisis de la profesión médica, que ha sido descrita por Vukusich et al., (2004), como una manifestación de la crisis del Sistema Sanitario que produce el descontento médico, pues el paso de la salud como un “Don” a la salud como un “Derecho” les genera impotencia al no poder cumplir con las expectativas sociales. Efectivamente, los relatos de los entrevistados retratan claramente múltiples quejas en torno a las condiciones laborales del sector público (residencias, baños, casinos, etc), por lo cual adherimos a este argumento. Sin embargo, un aspecto no señalado en los estudios revisados es que el malestar de los médicos actúa como una validación de su decisión de emigrar de los hospitales hacia las Clínicas Privadas. *Esta convicción les permite minimizar el hecho de que en una parte importante esta decisión está gatillada por la búsqueda de mayores rentas económicas, que los hospitales no pueden satisfacer en relación a las expectativas de sueldo que tienen los médicos.* Esta situación es visible en los relatos de los entrevistados, donde se observa claramente que el sentimiento de malestar se concentra exclusivamente en las condiciones laborales y asistenciales del sector público, en comparación a un sector privado que es descrito con mayores niveles de comodidad.

Volcándonos ahora al sentido práctico que está orientando el Campo Profesional de los médicos a partir de la implementación de la actual Reforma de Salud AUGE-GES, *podemos concluir que existe una tensión evidente entre dos motivaciones: por una parte, la vocación y el sentido público, y por otra, el afán por el progreso económico mediante el ejercicio médico.*

En efecto, los entrevistados manifestaron un marcado interés en trabajar en el sector público, haciendo alusión a la mayor complejidad de los pacientes, la existencia de una lógica de trabajo más colaborativa, y un respaldo mayor ante posibles negligencias

médicas. Estos elementos evidencian que la vinculación con hospitales públicos les reporta mayor prestigio entre los miembros de la profesión, en comparación con el trabajo en las clínicas, es decir, conforman una insignia distintiva en la trayectoria del profesional (Hall, 1948). Sin embargo, es notorio que el afán de lograr mayores remuneraciones es un factor gatillante del trabajo en el ámbito privado. Consecuentemente, entendemos que en el trasfondo del discurso médico se busca obtener una mayor flexibilización en la estructura del mercado de trabajo, que les permita complementar ambas áreas de desempeño. Ello les permitiría vincularse en una proporción muy minoritaria de su jornada al hospital para mantener su vocación de servicio, y destinar la mayor parte de su tiempo a las clínicas para detentar el sueldo que esperan por su labor. En este sentido, comprobamos la evaluación positiva que tienen los médicos respecto a las modalidades privadas de trabajo al interior del hospital, pues cumplen conjuntamente con los requisitos de ambos polos del sentido práctico.

Todo lo anterior nos permite referirnos ahora al nivel más general de nuestro objeto de estudio, es decir, a los aspectos estructurales del Campo Profesional de los médicos. En consecuencia, reflexionaremos acerca de la orientación de la política pública en la cual se enmarca nuestro objeto de estudio. *Los antecedentes y esquemas teóricos expuestos nos permiten sostener que la actual Reforma de Salud AUGE-GES mantiene la orientación neoliberal iniciada a partir de las políticas introducidas por la dictadura en el sector salud.* Tal como ha expuesto Tetelboin (2003), este fenómeno permeó la estructura del sistema, incorporando la salud en la economía de mercado, con un Estado subsidiario que debilita al sector público y fortalece al sector privado, además proveer incentivos para que instituciones privadas logren obtener rentabilidad en algunas de las funciones propias del Sistema Sanitario. Sostenemos esta conclusión remitiéndonos al trabajo de Montoya (2013), para quien estos elementos se han ido consolidando en la política de salud aplicada por los gobiernos de la post dictadura, incluso desde actores políticos relevantes al interior del MINSAL.

Esta continuidad con la herencia neoliberal puede ser leída como una consecuencia de la forma en la cual se han venido estructurando las reformas al Sistema de Salud. Para Molina (2006) las transformaciones más importantes a la Institucionalidad Sanitaria se aplicaron en función de la tutela ejercida por la hegemonía de los sectores conservadores. Esto es avalado por Olavaría (2011), para quien la Reforma de Salud AUGE-GES se concretó en una negociación política consensuada con los actores sociales vinculados a la derecha. Los relatos de los entrevistados dan cuenta del asidero de nuestra conclusión; sin bien mencionan un aumento de recursos hacia el sector público, también señalan que estos han sido insuficientes para cumplir cabalmente con las exigencias impuestas con la reforma.

En relación a lo anterior, *postulamos que el enfoque de derechos no es adoptado cabalmente por la Reforma de Salud AUGE-GES.* De acuerdo con la ONU (2006), este tipo de políticas deben considerar la promoción de la salud como un derecho humano fundamental, que los ciudadanos tienen el poder jurídico de exigirlos al Estado. Sin embargo, en la práctica la actual reforma provee a los usuarios garantías parceladas, y sólo para

algunos problemas médicos, descuidando la concepción integral de la salud que sustenta el enfoque de derechos. Los relatos de los entrevistados también son coincidentes con esta conclusión, pues ilustran claramente que la atención a los pacientes GES ha ido en detrimento de la atención a las personas que no tienen las garantías estipuladas en la reforma.

Ahora bien, remitiéndonos a las implicancias de esta prolongación de la herencia neoliberal sobre la profesión médica, *concluimos que la Reforma de Salud AUGE-GES robusteció el mercado privado para los médicos, por lo cual existe una sincronía con las reformas aplicadas por la dictadura, que diluyeron el ejercicio de la medicina liberal y aumentaron la dependencia de los médicos hacia las Clínicas Privadas.*

Sin embargo, visto en una perspectiva más amplia, observamos un quiebre respecto a dos importantes transformaciones previas; pues la funcionarización de trabajo médico había sido inaugurada en Chile por la Caja del Seguro Obligatorio de Enfermedad y Vejez en el año 1924 (Román, 2007). Posteriormente, con la creación del SNS en el año 1952, los médicos habían aumentado su vinculación con el sector público, sobre todo a nivel hospitalario (Labra, 1997). No obstante, ya existía un precedente de la orientación privatizadora de los médicos con la aprobación de Ley de Medicina Curativa en el año 1968, que había resguardado la utilización de infraestructura pública para la atención de los pacientes privados de los médicos (Molina, 2009).

Esta característica es tremendamente destacable, al presentar una notoria similitud con el escenario actual, pues los médicos han potenciado su trabajo privado en virtud de los recursos públicos. En efecto, la Reforma de Salud AUGE-GES ha aumentado el mercado privado para los médicos, atendiendo a los pacientes con garantías GES adscritos al sector público que no pueden ser asumidos por los hospitales. Consecuentemente, podemos corroborar el argumento de Immergut (1995) al respecto; los médicos, al ser los principales prestadores de la atención, actúan como un monopolio profesional que les permite enfrentarse a la extensión de la cobertura estatal (monopsonio), con el objetivo de conservar instancias para el desempeño privado.

Finalizando, es recomendable que este estudio se complemente con investigaciones centradas en los médicos adscritos a los Centros de Atención Primaria, pues la actual Reforma de Salud AUGE-GES ha tenido importantes objetivos en este ámbito. Además, se trata de un sector que tradicionalmente ha sido desplazado en relación a la distribución de los recursos, pese a ser central en las estrategias de promoción y prevención. No obstante, la investigación tiene la potencialidad de ser un precedente para el fortalecimiento de la Sociología de las Profesiones, una línea de investigación poco explorada por las Ciencias Sociales, y que en Chile ha sido aplicada al estudio de las políticas de salud pública sólo de manera tangencial.

REFERENCIAS

- Abbott, T.** (1988). *The System of the Professions. an Essay of the Division of the Expert Labour, Chicago and London.* Chicago: University of Chicago Press.
- Abramovich, V.** (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL*, Vol. 38, No. 1, pp. 35-50.
- Aguayo, C.** (2006). *Las profesiones modernas, dilemas del conocimiento y del poder.* Santiago de Chile: Ediciones Universidad Tecnológica Metropolitana.
- Aguilar, O.** (2008). La teoría del habitus y la crítica realista al conflacionismo central. *Persona y sociedad*, Vol. 22, No.1, pp. 9-26.
- Alonso, L.** (1998). *La mirada cualitativa en sociología.* Madrid: Editorial Fundamentos.
- Archer, M.** (2009). *Teoría social realista: el enfoque morfogenético.* Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado.
- Argagnon, P.** (2011). *Ciudadanía y salud. Discursos sobre la Reforma del Plan AUGE en Chile, 1998-2005.* Recuperado el 12 de septiembre de 2012, del portal de tesis electrónicas de la Universidad de Chile: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2011/cs-argagnon_p/html/index.html
- Arteaga, O.** (2004). El difícil camino desde el diseño a la implementación de las reformas de salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, Vol. 8, No. 1, pp. 39-43.
- Arteaga, O., Astorga, I. & Pinto, A.** (2002). Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile. *Cad. Saúde Pública*, Vol. 18, No. 4 1053-1066.
- Azevedo, A.** (1998). La provisión de servicios de salud en Chile: aspectos históricos, dilemas y perspectivas. *Saúde Pública*, Vol. 32, No.2, pp. 192-199.
- Ballesteros, A.** (2007). *Max Weber y la sociología de las profesiones.* Ciudad de México: Universidad Pedagógica Nacional.
- Bascuñán, M.** (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista médica de Chile*, Vol. 133, No. 1, pp. 11-16.
- Bascuñán, M., Horwitz, N., Schiattino, I., Acuña, J. & Jiménez, J.** (2011). Percepción de cambios en la práctica médica y estrategias de afrontamiento. *Revista médica de Chile*, Vol. 139, No. 10, pp. 1305-1312.
- Bastías, G. & Andía, M.** (2007). *Garantías explícitas en salud (GES): seis consideraciones para su implementación.* Recuperado el 12 de abril de 2012, del portal web de la Dirección de Asuntos Públicos de la Universidad Católica: http://politicaspUBLICAS.uc.cl/cpp/static/uploads/adjuntos_publicaciones/adjuntos_publicacion.archivo_adjunto.bafe31375407c63f.53544130392e706466.pdf

- Becerril-Montekio, V., Reyes, J. & Manuel, A.** (2011). Sistema de Salud de Chile. *Salud Pública de México*, Vol. 55, No. 2, pp. 32-43.
- Berger, P. & Luckmann, T.** (2008). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bloom, S.** (1965). The sociology of Medical Education: Some comments on the State of the Field. *Milbank Memorial Fund*, Vol. 43, No. 2, pp. 143-184.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L.** (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P.** (2000). *Poder, derechos y clases sociales*. Barcelona: Desclée de Brouwer.
- Bourdieu, P.** (2002). *Campo de poder y campo intelectual*. Buenos Aires: Montessor.
- Bourdieu, P.** (2007a). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P.** (2007b). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- Bourdieu, P.** (2007c). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Braudel, F.** (1995). *La historia y las ciencias sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Briceño, R.** (2003). Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. *Ciencia & Saúde Colectiva*, Vol. 8, No. 1, pp. 33-45.
- Campbell, D. & Stanley, J.** (2001). *Diseños experimentales y cuasi experimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Canales, F., Alvarado, E. & Pineda, E.** (1986). *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Carr-Saunders, A. & Wilson, P.** (1933). *The professions*. Oxford: Clarendon Press.
- Cid, C.** (2011a). Financiamiento agregado de la Salud en Chile: año 2008. *Cuadernos Médico Sociales*, Vol. 51, No. 3, pp. 143-150.
- Cid, C.** (2011b). *Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional*. Recuperado el 12 de abril de 2012, del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica: http://politicaspUBLICAS.uc.cl/publicaciones/ver_publicacion/29
- Cleaves, P.** (1985). *Las profesiones y el Estado: el caso de México*. Ciudad de México: El Colegio de México.
- Cockerham, W.** (2002). *Sociología de la Medicina*. Madrid: Prentice Hall.
- Coe, R.** (1979). *Sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza Editorial.
- Crocco, P., Schroeder, P., Villén, M. & Yen, E.** (2000). Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 8, No. 1, pp.135-139.

- De Kart, E.** (1976). "Políticas y Programas de Salud: 1964-1973". En Livingstone, M. & Raczynski, D. (Ed.) *Salud Pública y Bienestar Social* (pp. 50-66). Santiago de Chile: CIEPLAN.
- Del Pozo, J.** (2000). *Historia de América Latina y el Caribe 1825-2001*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Dingwall, R. & Lewis, P.** (1985). *The sociology of the professions: Lawyers, doctors and others*. Londres: MacMillan Press.
- Domínguez, O.** (1984). *Manual de Sociología Médica*. Valparaíso: Universidad de Valparaíso.
- Donnangelo, M.** (1994). *Salud y Sociedad*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Drago, M. (2006).** *La Reforma al Sistema de Salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos*. Recuperado el 12 de abril de 2012, del portal web de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/25787/sps121_lcl2539.pdf
- Durkheim, E.** (1995). *La división del trabajo social*. Madrid: Editorial Akal.
- Erazo, A.** (2011). *La protección social en Chile. El Plan AUGE: avances y desafíos*. Recuperado el 2 de agosto de 2012, de la Biblioteca virtual de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/44517/P44517.xml&xsl=/ues/tpl/p9f.xsl&base=/revista/tpl/top-bottom.xslt>
- Fernández, M.** (2006). "Diseños de estudio y diseños muestrales en investigación cualitativa". En Vázquez, M. (Ed.) *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud* (pp. 19-30). Barcelona: Servei Publicacions.
- Fernández, M.** (2011). *Participación, ciudadanía y espacio público en la reforma de salud chilena. Período 2004-2010*. Recuperado el 16 de octubre de 2013, del portal de tesis electrónicas de la Universidad de Chile: <http://www.tesis.uchile.cl/handle/2250/105876>
- Fernández, P.** (2001). Elementos que contextualizan al concepto de profesión. Notas para su reflexión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, Vol. 3, No.1, pp. 23-39.
- Flores, R.** (2009). *Observando observadores: una introducción a las técnicas cualitativas de investigación social*. Santiago: Universidad Católica de Chile.
- FONASA.** (2013). *¿Qué es FONASA?*. Recuperado el 4 de marzo de 2013, del portal web del Fondo Nacional de Salud (FONASA): http://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/edic/base/port/asegurados.html
- Foucault, M.** (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación médica y salud*, Vol.10, No. 2, pp.152-170.
- Freidson, E.** (1970). *Professional dominance*. Chicago: Aldine.

- Freidson, E.** (2001). La teoría de las profesiones. Estado del arte. *Perfiles Educativos*, Vol. 23. No. 93, pp. 28-43.
- Freidson, E.** (1986). *Professional Powers, a Study of institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Frenk, J. & Donabedian, A.** (1987). State intervention in medical care: types, trends and variables. *Health Policy and Planning*, Vol. 2, No. 1, pp. 17-31.
- Frenk, J., Bobadilla, J., Stern, C., Frejka, T. & Lozano, R.** (1991). Elementos para una teoría de la transición en salud. *Salud Pública de México*, Vol. 33, No. 4, pp. 448-462.
- Garretón, M. & Espinoza, M.** (1993). ¿Reformas del Estado o cambio de la matriz sociopolítica? el caso chileno. *Perfiles Latinoamericanos*, Vol. 1, No. 1, pp.133-170.
- Garrido, L.** (2008). *Estado, sociedad y políticas públicas: estudio sobre la implementación de la reforma a la salud chilena en la comuna de Puerto Montt*. Recuperado el 12 de septiembre de 2012, del portal web de tesis electrónicas de la Universidad de Chile: <http://www.tesis.uchile.cl/handle/2250/106624>
- Goode, W.** (1957). Community withing a community. *American Sociological Review*, Vol. 22, No. 1, pp.194-200.
- Goode, W.** (1960). Encroachment, charlatanism, and the emerging profession: Psychology, sociology and medicine. *American Sociological Review*, Vol. 25, No. 6, pp. 902-914.
- GreenWood, E.** (1957). *Attributes of a Profession*. *Social Work*, Vol. 2, No. 3, pp. 45-55.
- Gyarmati, G., Browne, E., De la Barra, A., Goic, A. & Guzmán, M.** (1984). *Las profesiones. Dilemas del conocimiento y del poder*. Santiago: Universidad Católica de Chile.
- Hall, J.** (1981). Communication of Affect between Patient and Physician. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 22, No. 1, pp.18-30.
- Hall, O.** (1948). The informal organization of the medical profession. *American Journal of Sociology*, Vol. 12, No. 1, pp. 327-336.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P.** (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Hortwitz, N.** (2004). El cambio de la práctica médica. Desafíos psicosociales para la profesión. *Revista médica de Chile*, Vol. 132, No. 6, pp. 768-772.
- Horwitz, C.** (1995). *Salud y estado en Chile: organización social de la Salud Pública*. Santiago de Chile: OPS.
- Horwitz, N.** (2006). El sentido social del profesionalismo médico. *Revista médica de Chile*, Vol. 134, No. 4, pp. 520-524.
- Hugues, E.** (1992). *Le regard sociologique*. París: EHESS.
- Illanes, M.** (2010). *En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia Social de la Salud Pública. Chile 1880-1973*. Santiago de Chile: MINSAL.

- Illich, I.** (1978). *Némesis Médica*. Ciudad de México: Editorial Planeta.
- Immergut, E.** (1995). *Health Politics. Interest and Institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press.
- Iriart, C., Howard, W., Breilh, J., Estrada, A. & Merhy, E.** (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 12, No. 2, pp. 128-136.
- Jiménez de la Jara, J.** (2004). Cambios en el entorno del trabajo médico. *Revista médica de Chile*, Vol. 132, No. 5, pp. 637-642.
- Jiménez de la Jara, J.** (2005). Estrategias de los médicos para hacer frente a la crisis de la profesión. *Revista médica de Chile*, Vol. 133, No. 6, pp 707-712.
- Jiménez de la Jara, J. & Bossert, T.** (1995). Chile's health sector reform: lessons from four reform periods. *Health Policy*, Vol. 32, No.1, pp.155-166.
- Jimenez, J.** (2001). Mística, ciencia y política en la construcción de sistemas de salud. La experiencia de Chile. *Salud Pública de México*, Vol. 43, No. 5, pp. 485-492.
- Jiménez, J.** (2004). Bienestar y satisfacción de los médicos con el ejercicio de su profesión en un sistema de salud en proceso de reforma. *Revista médica de Chile*, Vol. 132, No. 5, pp. 635-636.
- Labra, M.** (1997). *Política, Salud e Intereses Médicos en Chile (1900-1990)*. Tesis doctoral no publicada. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Labra, M.** (2002). La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cad. Saúde Pública*, Vol. 18, No. 4, pp. 1041-1052.
- Larkin, G.** (1988). Medical dominance in Britain: Image and historical reality. *The Milkbank Quarterly*, Vol. 66, No. 2, pp. 117-131.
- Lavados, I.** (1983). *Evolución de las políticas sociales en Chile:1964-1980*. Santiago de Chile: CIEPLAN.
- Lemp, S. & Calvo, E.** (2012). ¿Aceptación o rechazo de la estandarización clínica? Médicos chilenos hablan de las guías clínicas y canastas de prestaciones. *Salud Colectiva*, Vol. 81, No. 1, pp. 61-68.
- Lenz, R.** (2007). *Proceso político de la Reforma AUGE de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina*. Recuperado el 19 de agosto de 2013, de Corporación de Estudios para Latinoamérica (CIEPLAN): http://www.cieplan.org/media/publicaciones/archivos/154/Capitulo_1.pdf
- Light, D.** (2000). "The medical profession and organizational change: From Professional Dominance to Countervailing Power". En Bird, C., Conrad, P. & Fremont, A., (Ed.) *Handbook of Medical Sociology* (pp. 201-216). Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Lincoln, Y. & Guba, E.** (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publication.

- Machado, M.** (1991). Sociología de las Profesiones: un nuevo enfoque. *Educación médica y salud*, Vol. 25, No. 1, pp. 28-36.
- Manuel, A.** (2002). The Chilean Health System: 20 Years of Reforms. *Salud Pública de México*, Vol. 44, No. 1, pp. 60-68.
- Massardo, J.** (2009). "Extensión del Estado en la Sociedad Civil y Protección Social de la Salud (1865-1924)". En Urbina, L. (Ed.) *Historia de la Protección Social de la Salud en Chile* (pp. 39-55). Santiago: Ediciones LOM.
- Meller, P.** (1990). *Resultados económicos de cuatro gobiernos chilenos 1958-1989*. Santiago de Chile: CIEPLAN.
- Méndez, C.** (2009). Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 26, No. 3, pp. 276-280.
- Mendizábal, N.** (2006). "Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa". En Vasilachis I. (Ed.) *Estrategias de investigación cualitativas* (pp. 65-103). Barcelona: Gedisa.
- Merton, R., Reader, G. & Kendall, P.** (1957). *The student physician: Introductory studies in the sociology of medical education*. Oxford: Harvard University.
- Mills, W.** (1969). *A Nova Classe Média*. Río de Janeiro: Zahar Editores.
- Ministerio de Desarrollo Social** (2011). *Resultados regionales encuesta CASEN 2011: Región de Valparaíso*. Recuperado el 5 de marzo de 2012, del portal web del Observatorio del Ministerio de Desarrollo Social: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/ResultadosRegionalesCasen2011_RegionValparaiso.pdf
- MINSAL.** (2009). *Guía clínica: fisura labiopalatina*. Recuperado el 12 de septiembre de 2013, del portal web del Ministerio de Salud (MINSAL): <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7220f6b9b01b4176e04001011f0113b7.pdf>
- MINSAL.** (2010a). *Guía clínica: vicios de refracción en personas de 65 años y más*. Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de portal web del Ministerio de Salud (MINSAL): <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7220e836e80f3884e04001011f014e62.pdf>
- MINSAL.** (2010b). *Guía clínica: tratamiento de cataratas congénitas y adquiridas*. Recuperado el 12 de septiembre de 2013, del portal web del Ministerio de Salud (MINSAL): <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7220f6b9b0044176e04001011f0113b7.pdf>
- MINSAL.** (2010c). *Guía clínica: estrabismo en menores de 9 años*. Recuperado el 12 de septiembre de 2013, del portal web del Ministerio de Salud (MINSAL): <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222741be9f7737ee04001011f015e38.pdf>

- MINSAL.** (2012). *Casos GES acumulados por problemas de salud*. Recuperado el 11 de septiembre de 2012, del portal web del Ministerio de Salud (MINSAL): <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-8032.html>
- MINSAL.** (2013). *Guía clínica AUGE: analgesia del trabajo de parto*. Recuperado el 12 de septiembre de 2013, del portal web del Ministerio de Salud (MINSAL): <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222c0667859b8f8e04001011f016146.pdf>
- MINSAL.** (2013). *Más enfermedades AUGE. Chile avanza con todos*. Recuperado el 12 de septiembre de 2012, del portal web del Ministerio de Salud (MINSAL): <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e03c08fac00143dee0400101650176c1.pdf>
- MINSAL.** (2013). *Servicios de Salud*. Recuperado el 11 de septiembre de 2013, del portal web del Ministerio de Salud (MINSAL): http://web.minsal.cl/SERVICIOS_DE_SALUD
- Molina, C.** (2004). Sujetos sociales en el desarrollo de las instituciones sanitarias en Chile: 1889-1938. *Polis* [en línea]. Recuperado el 12 de abril de 2013. Extraído de: <http://polis.revues.org/7384>
- Molina, C.** (2005). Orígenes de la Asociación médica de Chile: una mirada crítica. *Polis* [en línea]. Recuperado el 12 de abril de 2013. Extraído de: <http://polis.revues.org/5663>
- Molina, C.** (2006). Antecedentes del Servicio Nacional de Salud. Historia de debates y contradicciones. Chile: 1932-1952. *Cuadernos Médico Sociales, Vol. 46, No. 4*, pp. 284-304.
- Molina, C.** (2009). "Historia de la Protección Social de la Salud en Chile: 1938-1973". En Urbina, L. (Ed.) *Historia de la Protección Social de la Salud en Chile* (pp. 60-84). Santiago de Chile: Ediciones LOM.
- Monasterio, H.** (2009). "La protección Social en Salud a comienzos del siglo XX". Urbina, L. (Ed.) *Historia de la Protección Social de la Salud en Chile* (pp. 85-94). Santiago: LOM Ediciones.
- Montoya, C.** (2013). *La salud dividida. Chile 1990-2010*. Santiago: Ceibo Ediciones.
- Olavarría, M.** (2011). "¿Cómo cambian las políticas públicas? Análisis de la formación del Plan AUGE". En Olavarría, M. (Ed) *¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile? Tomo 2: el Plan AUGE y la Reforma de la Salud* (pp. 59-90). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- ONU.** (2006). *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de la Oficina de Alto Comisionado para las Naciones Unidas: http://www.hrea.net/index.php?doc_id=270&erc_doc_id=5538&category_id=23&category_type=3
- OPS.** (2005). *Iniciativa conjunta de la IOT y OPS sobre la extensión de la Protección Social en Salud*. Recuperado el 12 de agosto de 2012, de la Biblioteca virtual de la

Organización Panamericana de la Salud (OPS):
http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=306

- Oyarzo, C.** (2000). La descentralización financiera en Chile en la década de los noventa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 8, No. 1, pp. 72-82.
- Panaia, M.** (2007). *Una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría crítica del trabajo en Argentina*. Recuperado el 4 de agosto de 2012, del portal web de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): <http://biblioteca.cepal.org/record=b1137532~S0>
- Parada, M.** (2004). *Evolución del Sistema de Protección Social de la Salud en Chile: un análisis sociológico*. Tesis doctoral no publicada. Barcelona: Universidad Autónoma de Madrid.
- Parsons, T.** (1999). *El Sistema Social*. Madrid: Editorial Alianza.
- PNUD.** (1998). *Informe de Desarrollo Humano en Chile. Las paradojas de la modernización*. Santiago: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- PNUD.** (2009). *Desarrollo Humano en Chile. La manera de hacer las cosas*. Santiago de Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Reeder, L.** (1972). The Patient-Client as a Consumer: Some Observations on the Changing Professional-Client Relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 13, No. 4, pp. 406-412.
- Rodríguez, G., Gil, F. & García, E.** (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Román, O.** (2007). *La profesión médica, su evolución y cambio en el nuevo milenio*. Santiago: Universidad de Chile.
- Román, O. & Muñoz, F.** (2008). Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos. *Revista médica de Chile*, Vol. 136, No. 12, pp. 1599-1603.
- Romero, H.** (1972). Desarrollo de la Medicina y la salubridad en Chile. *Revista médica de Chile*, Vol. 100, No. 7, pp. 877-903.
- Salazar, G.** (1990). "Lo social (popular) y lo político (nacional) en Chile ¿Crisis del modo clientelista de articulación?" En CLACSO, *Movimientos sociales y política: el desafío de la democracia en América Latina* (pp.183-197). Santiago de Chile: CLACSO.
- Saul, F., Nunes, E., Duarte, E., Breilh, J., Granda, E., Yépez, J. & Laurell, C.** (1991). *Debates en Medicina Social*. Quito: OPS-ALAMES.
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & Elbert, R.** (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: CLACSO.

- Sepúlveda, C.** (2004). El significado histórico de la reforma de la atención de salud en Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, Vol. 43, No. 1, pp. 21-35.
- Sigerist, H.** (2008). *Historia y sociología de la medicina*. Santiago de Chile: Universidad Bolivariana.
- SIS. (2006).** *Informe de Fiscalización de GES y EMP*. Recuperado el 12 de agosto de 2012, del portal web de la Superintendencia de Salud (SIS): http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-6136_recurso_1.pdf
- SIS. (2012a).** *Estudio de opinión y satisfacción de usuarios*. Recuperado el 1 de septiembre de 2012, del portal web de la Superintendencia de Salud (SIS): http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7632_recurso_1.pdf
- SIS. (2012b).** *Informe de Fiscalización. Monitoreo de la Garantía de Oportunidad. Sector Público 1° trimestre 2012*. Recuperado el 12 de agosto de 2012, del portal Web de la Superintendencia de Salud (SIS): http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7735_recurso_1.pdf
- SIS. (2013a).** *Acerca de la Superintendencia. Atribuciones de la Institución según DFL N° 1. MINSAL*. Recuperado el 4 de agosto de 2013, del portal web de la Superintendencia de Salud (SIS): <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyvalue-3033.html>
- SIS. (2013b).** *Agencias Zonales. Región de Valparaíso*. Recuperado el 2 de julio de 2013, del portal web de la Superintendencia de Salud (SIS): <http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-propertyvalue-2662.html>
- SSA. (2012).** *Cuenta Pública Servicio de Salud Aconcagua. Gestión 2012*. Recuperado el 2 de julio de 2012, del portal web del Servicio de Salud Aconcagua (SSA): <http://www.ssaconcagua.cl/>
- SSVQ. (2012).** *Cuenta pública año 2012*. Recuperado el 2 de julio de 2012, del portal web del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ): <http://ssviqui.redsalud.gob.cl/>
- SSVSA. (2012).** *Cuenta pública gestión 2012*. Recuperado el 25 de agosto de 2013, del portal web del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA): <http://ssvalposa.redsalud.gob.cl/>
- Strauss, A.** (1992). *La trame de la négociation*. París: L" Harmattan.
- Szasz, T. & Hollender, M.** (1956). A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 97, No. 5, pp. 585-588.
- Szot, J.** (2003). La transición demográfico epidemiológica en Chile (1960-2001). *Revista española de salud pública*, Vol. 77, No. 5, pp. 605-613.
- Taylor, S. & Bogdan, R.** (2010). *Introducción a los métodos cualitativos de información*. Madrid: Paidós.

- Tetelboin, C. (2003).** *La transformación neoliberal del Sistema de Salud. Chile 1973-1990.* Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Tetelboin, C. & Granados, J. (1999).** Las ISAPRES y su impacto en el Sistema de Salud chileno. *Nueva Época*, Vol. 4, No. 7, pp. 7-14.
- Tetelboin, C. & Salinas, R. (1984).** Estado y políticas de salud en Chile: el proceso de conformación de un nuevo proyecto para el sector salud, 1973-1979. *Estudios Sociológicos*, Vol. 2, No. 5, pp. 351-385.
- Tomassini, L. & Armijo, M. (. (2002).** *Reforma y modernización del estado: experiencias y desafíos.* Santiago: Ediciones LOM.
- Urriola, R. (2009).** "Historia de la Protección Social de la Salud en Chile (1810-2010)". En Urbina L. (Ed.) *Historia de la Protección Social de la Salud en Chile* (pp. 9-36). Santiago: LOM Ediciones.
- Urteaga, E. (2008).** Sociología de las profesiones: una teoría de la complejidad. *Lan Harremanak*, Vol.18, No.1, pp. 168-198.
- Valdivieso, V., & Montero, L. (2010).** El Plan AUGE: 2005 al 2009. *Revista médica de Chile*, Vol. 138, No. 8, pp. 1040-1046.
- Valles, M. (2003).** Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, M. & Ferreira, M. (2006).** Análisis de los datos cualitativos. En Vázquez, M (Ed.) *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud* (pp. 97-109). Barcelona: Servei Publicacions.
- Vukusich, A., Olivari, F., Alvarado, N., & Burgos, G. (2004).** Causas de la crisis de la profesión médica en Chile. *Revista médica de Chile*, Vol. 138, No. 11, pp. 1425-1430.
- Weber, M. (1966).** *Economía y sociedad: esbozo de sociología comprensiva.* Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Wilensky, H. (1964).** The professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, Vol. 70, No. 2, pp. 137-158.

ANEXOS

Anexo 1: Pauta de entrevista

Preguntas introductorias

- 1.- ¿Me podría relatar los hitos más importantes de su trayectoria profesional?
- 2.- ¿Qué lo incentivó para especializarse en esta área? ¿Cuánto tiempo lleva ejerciéndola?
- 3.- ¿Me puede relatar sus actividades profesionales en un día habitual?
- 4.- ¿Qué otro tipo de actividad profesional realiza?

Preguntas para el primer Objetivo Específico: aspectos generales del Campo Profesional

- 5.- ¿Cuáles son las labores que usted realiza en el Sistema Público y Privado?
- 6.- ¿Qué diferencia usted ve en uno y otro ámbito?
- 7.- ¿Qué cambios se han podido observar en el Sistema de Salud, a partir de la implementación de la Reforma de Salud AUGE-GES?
- 8.- ¿Cómo ha respondido el hospital a las nuevas exigencias de la reforma?
- 9.- ¿Cómo ha sido la trayectoria de la reforma, desde su implementación hasta la actualidad? ¿Cuáles han sido las ventajas y desventajas de la reforma?
- 10.- En el trabajo de su especialidad, ¿Qué cambios particulares se han observado?

Preguntas para el segundo Objetivo Específico: las prácticas desplegadas en el Campo Profesional

- 11.- Más precisamente sobre su ámbito de ejercicio, ¿Cómo cree que han reaccionado los colegas ante la reforma?
- 13.- ¿Cómo ha cambiado la relación con las autoridades administrativas del hospital a partir de la reforma?
- 14.- Respecto a las Guías Clínicas que ha traído el AUGE, ¿Cómo se han adoptado en el trabajo hospitalario?
- 15.- ¿Qué implicancias ha traído la reforma AUGE para el desempeño privado de los médicos? ¿Qué opinión tiene de ello?

Preguntas para el tercer Objetivo Específico: el sentido práctico dentro del Campo Profesional

- 16.- ¿Cuáles fueron sus motivaciones para escoger la medicina como profesión?
- 17.- ¿Cómo se desarrollan esas motivaciones en el sector público y privado de salud?
- 18.- ¿Qué peso tiene el éxito económico en la profesión médica?
- 19.- ¿Qué funciones son las que más satisfacción e insatisfacción le reportan?
- 20.- En cuanto a la docencia, ¿Cómo se desarrolla por parte de los colegas?
- 21.- ¿Cuáles son las principales complicaciones éticas que usted ve en su trabajo cotidianamente? ¿Cómo reaccionan los colegas ante estos eventos?

Anexo N° 2: Matriz de códigos

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	CÓDIGOS
1.- Aspectos estructurales del Campo Profesional	Diferencia entre el Sistema Público y Privado de Salud	Condiciones laborales
		Equipamiento clínico
		Remuneraciones
		Relación médico-paciente
		Calidad de la atención
	Evaluación general la Reforma de Salud AUGE-GES	Instrumental médico
		Infraestructura
		Recursos humanos
	Cambios a partir de la Reforma de Salud AUGE-GES	Guías Clínicas
		Postergación de lo NO-AUGE
2.- Las prácticas en el Campo Profesional	Áreas de desempeño	Descripción del trabajo como prestador externo
		Externalización y transferencias al sector privado
	La organización de la profesión	Formas de trabajo y gestión
		Formación de equipos
		Organización del trabajo
3.- El Sentido Práctico en el Campo Profesional	Orientaciones implícitas	Vínculo profesional
		Sentido de lo público
		Motivaciones
	Conflictos éticos	Dilemas éticos
		Judicialización de los casos
	El ingreso a la profesión	Formación médica
		Ejercicio docente
Diferencia generacional		

Anexo 3: Consentimiento Informado

El Departamento de Salud Pública perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso lo invita a participar en la presente investigación que busca comprender los cambios en el rol profesional del médico especialista a partir de la instauración de la Reforma AUGE-GES

Su colaboración en este estudio es de gran importancia para el mejoramiento continuo de las políticas públicas en salud. Su participación debe ser libre y voluntaria. El no ser incluido no representa ningún tipo de repercusión en su quehacer laboral.

¿DE QUÉ SE TRATA ESTE ESTUDIO?

Esta investigación, como su nombre lo menciona, pretende indagar en los cambios y continuidades que ha representado para el desempeño profesional de los médicos especialistas la instauración de la Reforma AUGE-GES.

¿CUÁL ES EL APORTE DE ESTE ESTUDIO?

El desarrollo de este estudio permitirá al Departamento de Salud Pública U.V. documentar las implicancias de la Reforma de Salud AUGE-GES desde la mirada médica, profundizando en el desempeño profesional de los médicos especialistas y determinando los beneficios y/o perjuicios de la Reforma en la calidad del acto médico y en la atención a los pacientes.

¿EXISTEN BENEFICIOS AL PARTICIPAR DE ESTE ESTUDIO?

La participación en este estudio no reporta beneficio personal alguno y las entrevistas no son pagadas.

¿QUÉ TENGO QUE HACER PARA PARTICIPAR?

Si Usted desea colaborar en este estudio debe contestar algunas preguntas que se le realizará. La conversación será grabada para poder tener el registro fiel. Una vez respondidas estas preguntas usted puede hacer algunos comentarios si lo desea. La entrevista tiene una duración de máximo 40 minutos y usted puede acordar con el entrevistador el lugar del Centro que más le acomode para realizarla. Si por alguna razón usted quiere o no puede terminar la entrevista puede hacerlo.

¿QUÉ PASA CON LOS DATOS PERSONALES Y LA INFORMACION QUE ENTREGO?

Sus respuestas serán conocidas SOLO por el equipo a cargo de la investigación y serán tratados de forma anónima, es decir, sin que los resultados se asocien a su nombre.

¿A QUIEN LLAMO SI TENGO PREGUNTAS?

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio puede contactarse con el equipo de investigación a través de Antonio Ávila al teléfono 32 -2505821 de lunes a viernes entre las 10:00 hrs. y las 17:00 hrs.

DECLARACIÓN:

He leído (o alguien me ha leído) la información de este consentimiento, y
ACEPTO VOLUNTARIAMENTE participar de este estudio.

Nombre completo del participante

Firma del participante

Fecha

Correo: _____