



Maestría en Enseñanza Universitaria

Comisión Sectorial de Enseñanza
Área Social y Artística
Consejo de Formación en Educación

TESIS

**Evolución de las visiones sobre el ser médico
que construyen estudiantes de medicina en su
experiencia educativa universitaria**

David Iván Pereyra Curbelo

Setiembre, 2025



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Comisión Sectorial
de Enseñanza
y Educación Permanente



ANEP

CONSEJO
DE FORMACIÓN
EN EDUCACIÓN

Maestría en Enseñanza Universitaria

Evolución de las visiones sobre el ser médico que construyen estudiantes de medicina en su experiencia educativa universitaria

David Iván Pereyra Curbelo

Universidad de la República

Área Social - Comisión Sectorial de Enseñanza y Educación Permanente

Tesis presentada con el objetivo de obtener el título de Magíster en Enseñanza Universitaria en el marco del Programa de Especialización y Maestría en Enseñanza Universitaria del Área Social y de la Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República

Directores de tesis:

Dra. Mercedes Collazo

Dr. Gabriel Errandonea

Montevideo, Uruguay

Septiembre, 2025

Agradecimientos

A mis tutores, Mercedes y Gabriel, por su apoyo, orientación, intercambios y valiosos aportes. Sus lecturas y sugerencias ayudaron a darle forma y sentido a esta investigación.

Expreso mi gratitud a los estudiantes entrevistados, por animarse a participar y compartir generosamente sus experiencias y miradas, sin las cuales este estudio no habría sido posible.

A Elisa Lucarelli y Ma. Teresa Sirvent, docentes que me ayudaron a encontrar el rumbo en la investigación, al acercarme a la investigación en didáctica y mostrarme la “cocina” donde las preguntas toman forma.

Agradezco a la Universidad de la República, por haberme dado la oportunidad de realizar este posgrado, y a la Facultad de Medicina, por ser el espacio donde se originó la inquietud que dio lugar a esta investigación.

Asimismo, al Departamento de Historia de la Medicina y a la Biblioteca de la Facultad, por facilitarme el acceso a documentos institucionales históricos que fueron de gran valor para contextualizar este trabajo. A la coordinación de la unidad curricular Internado Rotatorio, por su colaboración en la difusión del formulario utilizado para la confección del listado de participantes.

A la Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria, desde donde surgieron muchas de las reflexiones que nutren esta tesis.

Mi reconocimiento a mis estudiantes, que a lo largo de los años me han impulsado a cuestionar la realidad y a repensar la enseñanza, y a mis compañeros y compañeras docentes, por los aprendizajes compartidos.

Un agradecimiento especial a Francisco, por el aguante, la paciencia y el apoyo incondicional durante todo este tiempo.

Mi afecto a mis amigos, por acompañarme en este proceso.

Resumen

El Plan de Estudios 2008 de la Facultad de Medicina, Universidad de la República (Uruguay), definió un perfil de egreso orientado hacia la Atención Primaria de Salud y un ejercicio humanista de la profesión. Sin embargo, la masividad, las desigualdades entre escenarios formativos y las transformaciones curriculares generan interrogantes sobre la coherencia entre lo proyectado y lo efectivamente vivido por los estudiantes.

El objetivo de este estudio fue explorar la evolución de las visiones sobre ser médico que construyen los estudiantes a lo largo de su trayectoria en la carrera de Medicina de la Universidad de la República. Se buscó identificar las representaciones elaboradas en la experiencia educativa, reconocer puntos de encuentro y desencuentro con el perfil de egreso esperado, y examinar la influencia del currículo oculto y de las prácticas docentes en su configuración.

El diseño metodológico consistió en un enfoque cualitativo, hermenéutico y de método biográfico, utilizando la técnica de historia de vida. Se realizaron entrevistas en profundidad a estudiantes en su práctica pre-profesional, seleccionados por criterios de diversidad social y educativa. El análisis se apoyó con el software ATLAS.ti, lo que permitió reconstruir las trayectorias y los significados atribuidos al ser médico.

Los resultados muestran que la identidad profesional se construye a partir de hitos curriculares y experienciales. Las representaciones iniciales estaban vinculadas al imaginario social del médico y, en algunos casos, a la influencia de la tradición familiar. El ingreso a la carrera supuso un choque entre expectativas e institucionalidad, con procesos de adaptación condicionados por el capital cultural previo. Durante el segundo trienio y las experiencias clínicas, se observó un acercamiento más concreto al rol profesional, haciéndose presente estructurantes del habitus médico. El Internado Rotatorio fue valorado como el espacio de mayor proximidad a la práctica médica real. Entre los desencuentros con el perfil institucional se señalaron falta de una secuencia curricular correcta y de jerarquización de los contenidos humanistas, con sesgo hacia un modelo hospitalocéntrico. Como rasgos compartidos, los estudiantes valoraron la empatía, el respeto y el trabajo en equipo como valores profesionales del ser médico. Además, de proyectar su futuro hacia la formación continua.

En conclusión, las visiones estudiantiles sobre el ser médico se configuran en la intersección entre currículo explícito, currículo oculto y experiencias prácticas. Este estudio aporta elementos para repensar la educación médica en Uruguay, fortaleciendo la coherencia curricular y promoviendo una formación integral, crítica y comprometida con las demandas sociales y sanitarias contemporáneas.

Palabras claves

Educación médica; identidad profesional; currículo oculto

Abstract

The 2008 Curriculum of the School of Medicine, University of the Republic (Uruguay), defined a graduate profile oriented toward Primary Health Care and a humanistic practice of the profession. However, mass enrollment, inequalities among training settings, and curricular transformations raise questions about the coherence between what is formally projected and what is effectively experienced by students.

The objective of this study was to explore the evolution of the visions that medical students construct throughout their educational trajectory. Specifically, it sought to identify the representations elaborated in their learning experience, to recognize convergences and divergences with the expected graduate profile, and to examine the influence of the hidden curriculum and teaching practices in shaping these visions.

The methodological design was qualitative, hermeneutic, and biographical, using the life history technique. In-depth interviews were conducted with students in their pre-professional practice, selected according to social and educational diversity criteria. Data were analyzed with the support of ATLAS.ti software, which enabled the reconstruction of trajectories and the meanings attributed to being a physician.

The results show that professional identity is built upon curricular and experiential milestones. Initial representations were linked to the social imagery of the physician and, in some cases, to family tradition. Entering the program implied a shock between expectations and institutional realities, with adaptation processes conditioned by previous cultural capital. During the second triennium and clinical experiences, a more concrete approach to the professional role was observed, where structuring elements of the medical habitus became evident. The Rotating Internship was valued as the training space with the greatest proximity to real medical practice. Among the divergences with the institutional profile, students highlighted the lack of an adequate curricular sequence, insufficient emphasis on humanistic content, and a bias toward a hospital-centered model. As shared traits, they emphasized empathy, respect, and teamwork as core professional values of being a physician, while projecting their future toward lifelong learning.

In conclusion, students' visions of being a physician are shaped at the intersection of explicit curriculum, hidden curriculum, and practical experiences. This study provides evidence to rethink medical education in Uruguay, reinforcing curricular coherence and fostering comprehensive, critical, and socially committed training aligned with contemporary health demands.

Keywords

Medical Education; Professional Identity; Hidden Curriculum

Tabla de contenidos

Agradecimientos.....	4
Resumen.....	6
Abstract.....	7
Tabla de contenidos.....	9
Tabla de cuadros e ilustraciones.....	10
1. Introducción.....	12
2. Planteamiento del problema de investigación.....	15
2.1. Contexto sociohistórico y político del problema de estudio.....	15
2.2. Pregunta de investigación y supuestos previos.....	19
2.3. Objetivos de la investigación.....	21
2.4. Justificación y relevancia de la investigación.....	22
3. Marco curricular contextual.....	23
4. Marco teórico conceptual.....	30
4.1. Reseña de las teorías sobre representaciones sociales.....	30
4.2. Noción de experiencia educativa.....	31
4.3. Currículo, prácticas de enseñanza y reproducción del poder.....	33
4.4. La universidad y la profesión médica como estructurantes.....	37
4.5. Conceptualización de perfil de egreso.....	40
4.7. Antecedentes de investigaciones sobre el problema.....	42
5. Metodología.....	44
5.1. Universo a investigar.....	44
5.2. Unidad de análisis.....	44
5.3. Método.....	44
5.4. Técnica de recolección.....	45
5.5. Muestreo.....	46
5.6. Análisis de información empírica.....	49
5.7. Consideraciones éticas.....	52
6. Resultados de la reflexión analítica.....	54
6.1. Introducción a los resultados.....	54
6.1.1. Perfil de los entrevistados.....	55
6.1.2. Códigos y categorías emergentes.....	57
6.2. Elección de la carrera y representaciones iniciales sobre el ser médico.....	60
6.2.1. Motivo de elección de la carrera.....	61
6.2.2. Representaciones iniciales sobre el ser médico.....	65
6.3. Evolución de las visiones de ser médico durante la formación universitaria.....	67
6.3.1. Primer trienio: choque entre la realidad social y la realidad académica.....	68
6.3.2. Segundo trienio: experiencias clínicas y acercamiento con la profesión.....	73

6.3.3. Etapa de práctica pre-profesional supervisada.....	81
6.4. Tensiones entre el currículo prescripto y la formación real.....	84
6.4.1. Implicancia del currículo.....	84
6.4.2. Las prácticas de enseñanza y el currículo oculto.....	87
6.5. Visiones actuales de ser médico y proyecciones a futuro como profesional.....	89
6.5.1. Concepciones actuales de ser médico al finalizar la carrera.....	90
6.5.2. Aspiraciones profesionales y rol en el sistema de salud.....	92
6.6. Síntesis de los principales resultados.....	96
6.6.1. Evolución de las visiones de ser médico.....	96
6.6.2. Brechas entre el currículo en acción y el perfil de egreso.....	99
6.6.3. Encuentros entre el ideal institucional y las visiones estudiantiles.....	99
7. Conclusiones.....	101
Referencias bibliográficas.....	106
Abreviaturas.....	114
Apéndice.....	115
Apéndice A - Guía de entrevista.....	115
Apéndice B - Consentimiento informado.....	118

Tabla de cuadros e ilustraciones

Tabla de cuadros

Cuadro 3.1. Estructura general del Plan 2008 actual y escenarios de enseñanza	27
Cuadro 6.1.1. Perfil sociodemográfico y económico de los entrevistados	56
Cuadro 6.1.2.1. Descripción de los códigos de análisis.....	58
Cuadro 6.1.2.2. Descripción de las categorías emergentes de análisis	59
Cuadro 6.6.1. Evolución de las visiones sobre el ser médico en los estudiantes entrevistados	98

Tabla de Ilustraciones

Figura 3.1. Diseño curricular del Plan de estudios 2008	29
--	----

1. Introducción

Como docente clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (en adelante Udelar), la práctica cotidiana con los estudiantes de grado de la carrera de Medicina me ha motivado una serie de reflexiones y cuestionamientos en torno a la formación que reciben y, en particular, a “lo que estamos dejando” a los futuros profesionales en su tránsito por las diferentes unidades curriculares. Estas inquietudes no se limitan únicamente a los contenidos académicos transmitidos, sino también a las formas de enseñanza, a las experiencias que viven los estudiantes en el contacto con docentes, compañeros y pacientes, y a la manera en que todo ello contribuye a configurar sus visiones sobre lo que significa ser médico.

En paralelo, estas preocupaciones se inscriben en un escenario más amplio, marcado por reformas curriculares, transformaciones en el sistema de salud y tensiones históricas en la formación médica. La Facultad de Medicina ha atravesado cambios relevantes –como la implementación del plan de estudios de 2008, inspirado en los lineamientos de la Atención Primaria en Salud y la reforma sanitaria uruguaya–, que conviven con tradiciones clínicas y hospitalarias fuertemente arraigadas desde el plan de 1968. A su vez, el campo de la educación médica no es ajeno a las influencias de organismos internacionales, de la profesión médica organizada y de las propias dinámicas del sistema sanitario. En ese contexto, resulta necesario interrogar cómo estas fuerzas inciden en la manera en que los estudiantes construyen sus representaciones sobre el ser médico.

El objetivo de esta investigación es explorar la evolución de las visiones que tienen los estudiantes sobre el ser médico, a partir de su experiencia educativa en la carrera de Medicina de la Universidad de la República. La investigación parte de la interrogante sobre cómo evolucionan las visiones de los estudiantes sobre el ser médico a lo largo de su trayectoria en la carrera de Medicina, en relación con las experiencias formativas y el currículo vigente. Para abordar el objeto de estudio, se adoptó un diseño metodológico desde una perspectiva hermenéutica, utilizando el método biográfico. Desde una aproximación a la técnica de historia de vida, se recogieron relatos de los estudiantes que se encontraban cursando su último año de la carrera, en el marco de su práctica pre-profesional, en los que

evocan qué significa para ellos “ser médico” y cómo esa representación fue transformándose a lo largo de su trayecto curricular.

La pertinencia de este estudio radica en que permitirá conocer el estado de la formación de los futuros médicos en la Facultad de Medicina, en particular si las visiones estudiantiles se aproximan al perfil de egreso definido y esperado por la institución. Al mismo tiempo, posibilita identificar si el diseño curricular y las prácticas docentes favorecen o dificultan esa construcción. Existen antecedentes regionales de investigaciones que indagan en las representaciones y percepciones de estudiantes de medicina sobre el rol profesional. Estos estudios han mostrado que los estudiantes suelen describir al médico ideal como alguien técnicamente competente, pero también valoran cualidades como la empatía y el compromiso social. Asimismo, señalan tensiones entre una formación fuertemente técnica y la necesidad de desarrollar una mirada integral y ética. Sin embargo, la mayoría de estas investigaciones han sido de corte transversal y con metodologías diferentes, como encuestas, grupos focales o redes semánticas. Este trabajo constituye un aporte original a la investigación en educación médica, ya que no se han encontrado antecedentes en la Udelar que aborden estas temáticas desde una perspectiva hermenéutica y mediante el uso de la técnica de historia de vida.

El lector encontrará en los capítulos siguientes un mayor desarrollo de lo expuesto en esta introducción. En primer lugar, se presenta el planteamiento del problema, abordado desde su contexto sociohistórico y político hasta precisar la pregunta de investigación. Luego el enmarcamiento contextual y teórico-conceptual, que están atravesado por las cuestiones del currículum, en sus dimensiones explícita y oculta, y de las prácticas de enseñanza que configuran la formación de los futuros profesionales médicos. Dicho marco también examina cómo estas prácticas reproducen un perfil hegemónico del ser médico, condicionado por dos estructurantes principales: la universidad, representada por la Facultad de Medicina, y la profesión médica.

Dado que el estudio se centra en las visiones que los estudiantes construyen sobre el ser médico, se incorpora la perspectiva de las teorías de las representaciones sociales como recurso analítico para situar esas visiones dentro de un marco teórico que facilite su interpretación. A ello se suma la noción de experiencias educativas, que permite analizar la manera en que dichas visiones se van transformando a lo largo de la trayectoria formativa.

Finalmente, se presenta el diseño metodológico utilizado de perspectiva cualitativa, los resultados encontrados de la lectura analítica de las entrevistas realizadas a los estudiantes y las conclusiones derivadas, con el propósito de aportar a la comprensión del proceso formativo en medicina e iluminar las tensiones y desafíos que atraviesan los estudiantes en la construcción de su identidad profesional.

2. Planteamiento del problema de investigación

En este capítulo se presenta el planteamiento del problema de investigación. Para ello, en primer lugar, se expone el contexto sociohistórico y político que enmarca el objeto de estudio, situando los antecedentes institucionales y curriculares relevantes. Luego se formulan la pregunta central y los supuestos de partida que orientan la investigación. A continuación, se establecen los objetivos, y, por último, se desarrolla la justificación y la relevancia académica de la investigación.

2.1. Contexto sociohistórico y político del problema de estudio

Desde mi práctica docente en la carrera de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Uruguay, surge el interés y la motivación en investigar en torno a la educación médica, en particular en su currículo. Este se encuentra, en cierta medida, influenciado por las políticas universitarias y por “presiones” implícitas derivadas de las políticas sanitarias y del mercado, expresadas por una variedad de agentes, como son los organismos sanitarios nacionales e internacionales, por los cuerpos médicos colegiados, por el sistema sanitario, las industrias farmacéuticas y de tecnologías médicas. Dentro de las políticas sanitarias internacionales es menester hacer mención la declaratoria sobre la Atención Primaria de Salud (APS) de 1978 en Alma Ata - Kazajistán que ha marcado, desde su promulgación, cambios en los currículos de las carreras del área de salud.

En un sentido amplio, la medicina¹ puede entenderse tanto como disciplina como profesión. Tradicionalmente se la ha concebido, además de una ciencia, como un arte (*techné*), asociado a la habilidad de curar, o bien como una ciencia aplicada. Sin embargo, algunos autores plantean una tercera vía: considerarla una ciencia de diseño, en la medida en que su finalidad no es únicamente describir fenómenos, sino también prescribir acciones para resolver problemas de salud (Estany, 2024; Cuevas Badallo & Torres, 2022). Esta caracterización resalta su carácter normativo, al integrar valores epistémicos y contextuales, así como su condición práctica.

¹Según la Real Academia Española, la medicina se define como una ciencia que estudia las enfermedades que afectan al ser humano, los modos de prevenirlas y las formas de tratamiento para curarlas.

Desde otra perspectiva, la medicina se configura como profesión y se distingue de los oficios por un conjunto de rasgos: competencia en un campo específico del conocimiento adquirido en la formación universitaria, uso de una jerga propia, reconocimiento social, vocación, licencia que le dota a su actividad de protección por el Estado, independencia en el ejercicio liberal y autorregulación mediante códigos de ética y colegiaturas (Fernández Enguita, 1999).

En esta línea, Freidson (2022) sostiene que la medicina ejemplifica el modelo de profesionalismo porque combina un alto grado de autonomía con una responsabilidad social sustentada en la confianza pública, lo que le otorga una posición de privilegio y autoridad en el mercado de trabajo experto. Para este autor, el profesionalismo constituye una forma particular de organización del trabajo, distinta del mercado y de la burocracia, que requiere discrecionalidad técnica y protección frente a presiones externas para preservar la utilidad social del conocimiento especializado. Diniz (2001), por su lado, plantea que la autonomía profesional no depende únicamente de esa protección, ya que puede sostenerse incluso dentro de estructuras burocráticas, siempre que los profesionales conserven el control técnico de su práctica.

De este modo, tanto las visiones de Freidson como las de Diniz permiten comprender cómo las tensiones entre autonomía profesional y condicionamientos externos –ya provengan del mercado, de la burocracia estatal o de políticas sanitarias globales– se proyectan en el diseño y la implementación del currículo médico. El estudio del currículo, entonces, no puede desligarse de estas dinámicas, pues constituye un espacio donde se negocia permanentemente el grado de autonomía técnica de la profesión frente a las exigencias institucionales y sociales.

El campo profesional de la medicina posee una estructura social que imprime un sentido práctico en los sujetos que lo conforman –un *habitus* en términos bourdieranos–, que orientan formas de hacer y sentir (Bourdieu, 1997). Este *habitus* se reproduce en las prácticas cotidianas, generando esquemas de percepción y acción que naturalizan modos específicos de ejercer la profesión. Así, la formación médica no solo transmite conocimientos técnicos, sino que también moldea maneras de pensar, actuar y relacionarse con pacientes y colegas,

consolidando una identidad profesional que responde a estructuras históricas y sociales del campo.

Por su parte, Foucault (1977), en su análisis de la biohistoria de la medicalización de la sociedad, plantea que la medicina puede entenderse como una estrategia biopolítica en lo que respecta al control social, en particular del control sobre el cuerpo. La práctica médica participa en la definición de lo que es considerado normal o patológico, regulando conductas y estableciendo fronteras entre lo aceptado y lo “desviado”. De esta forma, el saber médico se articula con el poder, ejerciendo control sobre la población, lo que convierte a la medicina en un dispositivo central de normalización y regulación social.

En 1875 se funda la Facultad de Medicina de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, entonces Universidad Mayor de la República, con el comienzo de los estudios médicos en 1877, logrando cinco años después el egreso del primer Doctor en Medicina y Cirugía (Pivel Devoto, 1980). En una revisión propia realizada en los archivos históricos de la Facultad, desde su fundación hasta el día de hoy, se han creado varios planes de estudios. Se encontraron planes de estudios correspondientes a los años 1877, 1902-1905, 1912, 1929, 1945, 1968 y 2008. En el periodo de 1973 a 1985 no se logró encontrar documentos en referencia al currículo, debido a que se corresponde a la intervención de la institución por la dictadura cívico-militar ocurrida en Uruguay.

El plan de estudios de la carrera de Doctor en Medicina establecido en 1968 –llamado Plan Carlevaro– surge en un entorno de grandes tensiones por la situación económica y política del país, de grandes movilizaciones sociales, estudiantiles y sindicales que reivindicaban mejoras en salud, trabajo, educación y vivienda; en un contexto geopolítico de Guerra Fría y crecimiento regional del fascismo. Este currículo se caracterizaba por una gran impronta social del ser médico, pensada en una “universidad al servicio del pueblo”. Incluía disciplinas de las ciencias humanas y sociales desde el inicio y a lo largo de la carrera, con el fin de promover un pensamiento reflexivo, la utilización de estrategias de aprendizaje activo, la aplicación de la metodología científica y una formación clínica integral “de objetivo antropológico”². Para la época todas estas ideas eran de gran innovación en la educación

² Término mencionado en el Plan de Estudios de 1968.

médica, hasta que la intervención cívico-militar de la Universidad interrumpió abruptamente su desarrollo (Carlevaro citado Cano *et al.*, 2019).

Tras la restauración de la democracia, en lo prescripto se estableció retomar el plan ‘68. Se reinstaló el Ciclo Básico con los idearios originarios del plan, impulsado por el retorno a la Facultad de docentes exiliados con fuerte impronta social y humanista de la medicina. Referentes como los profesores Pablo Carlevaro, Rúben Cassina y Clemente “Rayo” Estable, entre otros, marcaron esa etapa de reconstrucción institucional y de recuperación del pensamiento crítico en la formación médica³. Sin embargo, con el paso de los años –y particularmente durante la década de los ‘90– en la práctica ocurrió lo contrario, posiblemente debido a las secuelas del intervencionismo y a las tendencias epistemológicas del momento: se retiró del currículo la metodología científica, se redujeron las horas de las ciencias humanas y sociales y se incrementaron las de las ciencias biológicas. Este viraje puede caracterizarse como una formación predominantemente enciclopédica, con escasa reflexión crítica y una marcada orientación biomédica.

En el año 2008 se realizó el último cambio de plan de estudios de la carrera de Medicina por la Asamblea de Claustro de la Facultad y, con ello, del perfil del egresado como se verá más adelante. Desde una perspectiva histórico-pedagógica, este plan puede entenderse como una reacción al plan de 1968, implementado tras la dictadura cívico-militar, en tanto buscó retomar la idea de una formación integral y otorgar un lugar central al primer nivel de atención y a la dimensión comunitaria.

Por el otro, con un punto de vista político-sanitario, el cambio curricular se enmarca en la reforma estructural del sistema de salud uruguayo. En 2007 se promulgó la Ley 18.211 que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud, estableciendo transformaciones sustantivas en los modelos de gestión, financiamiento y atención. Este último aspecto, en respuesta a las políticas internacionales, propone en su artículo 4 una atención integral basada en políticas de salud articuladas, acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud. El artículo 34 de la ley estableció además que “tendrá como estrategia la Atención Primaria en Salud y priorizará el primer nivel de atención”.

³ Aporte de la Prof. Adj. Joselí Otegui, quien compartió su testimonio y apreciaciones sobre el proceso de reconstrucción académica vivido en la Facultad de Medicina tras el retorno democrático.

Cabe señalar también que, en ese contexto, la Facultad de Medicina se vio interpelada por los procesos de acreditación de las carreras de medicina del MERCOSUR⁴, lo que puede considerarse como un factor adicional que impulsó la necesidad de realizar adecuaciones y cambios en el currículo.

En las carreras de Medicina, a raíz de las políticas internacionales basadas en la Atención Primaria de Salud, han suscitado cambios en los currículos hacia estrategias de enseñanza situadas, entre ellas la educación médica basada en la comunidad⁵. Así mismo, se busca que los estudiantes, desde el inicio de su formación, se confronten con la realidad social y los problemas de salud de la población. Los contenidos didácticos son problematizados a partir de la identificación de necesidades reales en salud en la búsqueda de soluciones. Con este modelo centrado en la comunidad, se procura lograr una formación clínica integral y humanizada, orientada en los problemas reales de la comunidad, con promoción de la salud, comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención en relación con la determinación social, y con formación en bioética, comunicación, autorregulación y entendimiento del sistema de salud. El plan de estudios actual de la carrera de Medicina, en lo prescripto, no es ajeno a esto.

2.2. Pregunta de investigación y supuestos previos

En los años de implementación, el Plan de estudios 2008 atravesó diversas modificaciones: reestructura en unidades curriculares⁶, adecuaciones y reducciones de horas curriculares en algunas asignaturas –sobre todo de las disciplinas de corte social –comunitaria–, así como tensiones entre la formación clínico-hospitalaria y la formación clínica-comunitaria. Estos procesos pueden explicarse por una multiplicidad de factores, como el currículo oculto, tensiones no resueltas en la génesis del plan, intereses y

⁴ Sigla del bloque económico Mercado Común del Sur de latinoamérica.

⁵ En 1987 el Grupo de Estudio de la OMS elabora un informe técnico “La educación del personal de salud centrada en la comunidad” donde se recomienda a las universidades orientar sus currículos hacia este modelo. Posteriormente esto fue reforzado por la Conferencia Mundial de Educación Médica - Declaración de Edimburgo (1988) y la Cumbre Mundial de Decanos y Expertos en salud y educación médica (Bs As. 1996).

⁶ Se reestructura el plan de estudios en unidades curriculares en el año 2016 a fin de adaptarse a lo estipulado por la Ordenanza de estudios de grado y otros programas de formación terciaria definidos por el Consejo Directivo Central de la Udelar (Res. N° 4 de C.D.C. de 30/VIII/2011– Dist. N° 575/11).

racionalidades del mercado, adversarios que se oponen al perfil de egreso propuesto y la situación actual del propio sistema de salud. Algo semejante había ocurrido con el plan de estudios de 1968, que en su formulación prescripta proponía una formación innovadora, incorporando la dimensión social y lo reflexivo en los futuros profesionales, pero que en la práctica no logró consolidarse.

En este panorama, surge la preocupación de saber qué representaciones sobre el ser médico están construyendo los estudiantes de medicina de nuestra casa de estudios en formación con el actual currículo. Ello plantea interrogantes tales como:

- ¿Con qué idearios en cuanto al rol del médico comienzan la carrera los estudiantes?
- ¿Cómo evolucionan estas representaciones a lo largo de su trayectoria educativa?
- ¿Qué relación tiene con su origen de clase y procedencia?
- ¿Qué imaginarios de ser médico construyen en el presente y cómo se relaciona con el perfil de egreso prescripto en el currículo?
- ¿El currículo favorece transformaciones necesarias en las representaciones de los estudiantes para alcanzar el perfil formalizado institucionalmente?
- ¿Las características que la Facultad de Medicina espera de sus egresados coinciden con las del imaginario social?

En suma, en relación con el objeto que se desea explorar en esta tesis, la pregunta de investigación es: **¿Cómo construyen los estudiantes la evolución de las visiones de ser médico a partir de su experiencia educativa en la carrera de medicina de la Universidad de la República?**

Si se tiene en cuenta el contexto actual del currículo de la carrera de medicina en base a las modificaciones que le han suscitado, se plantean los siguientes supuestos de partida: (a) los estudiantes de medicina no construyen un sentir de ser médico plenamente alineado con los ideales definidos en el perfil de egreso del Plan de Estudios 2008; (b) la evolución de sus visiones se encuentra mediada por tensiones entre la formación clínico-hospitalaria y la formación clínico-comunitaria, (c) los estudiantes perciben una distancia entre lo que se enseña formalmente en la Facultad y lo que observan en el ejercicio real de los profesionales.

Por lo tanto, tener conocimiento sobre lo que le “estamos dejando” a los estudiantes, y futuros profesionales médicos, permitirá poner el tema sobre la mesa de las políticas institucionales de la Facultad, generar las discusiones necesarias para ajustar el currículo en acción; con lo cual se pueda lograr innovaciones pedagógicas y didácticas que rompan con las prácticas tradicionales legitimadas a lo largo de la historia.

2.3. Objetivos de la investigación

Objetivo General

- Comprender la evolución de las visiones sobre el ser médico que construyen los estudiantes a lo largo de su experiencia educativa en la carrera de Medicina de la Universidad de la República (Uruguay).

Objetivos específicos

- Identificar las visiones que poseen los estudiantes de medicina sobre el ser médico adquiridas en su experiencia educativa en la Facultad.
- Reconocer puntos de encuentro/ desencuentro entre lo que la Facultad de Medicina espera de sus egresados y las construcciones que van elaborando los estudiantes en su experiencia educativa.
- Examinar la influencia del currículo oculto y de las prácticas docentes en la configuración y transformación de dichas visiones.
- Relevar y caracterizar los significados que los estudiantes atribuyen al ser médico, en su vinculación con sus interacciones con docentes, pares, pacientes y con otros médicos durante su práctica formativa.

2.4. Justificación y relevancia de la investigación

Los resultados de esta investigación aportarán al conocimiento sobre el estado de la formación de los futuros profesionales médicos en la Facultad de Medicina. Al explorar los significados que los estudiantes atribuyen al ser médico, en interacción con docentes, pares, pacientes y con otros médicos a quienes observan durante su práctica formativa, se busca comprender cómo el currículo y las prácticas de enseñanza median en la configuración de esas visiones.

Conocer la evolución de estas representaciones permitirá no solo analizar su grado de aproximación al perfil de egreso definido por la institución, sino también explorar de qué manera el diseño curricular y las prácticas docentes inciden en esa construcción, generando apoyos, tensiones, contradicciones o resignificaciones que dan cuenta de la complejidad del proceso formativo. Este estudio, por lo tanto, interpela directamente a la institución y a su comunidad académica, ofreciendo elementos para la reflexión y eventual ajuste del currículo en acción.

La relevancia académica de esta investigación recae al no existir precedentes en nuestra universidad sobre estudios que indaguen sobre el perfil de egreso de la carrera de medicina, menos aún, desde una perspectiva hermenéutica. Si bien en lo regional, al explorar el estado del arte, se encuentran investigaciones enfocadas a un objeto de investigación similar con la utilización de diferentes técnicas como encuesta, de grupos focales, entrevista con uso de redes semánticas; resulta novedoso en el diseño de esta tesis la técnica de historia de vida para conocer las visiones de los estudiantes desde su propia narrativa a partir de las experiencias educativas en la carrera de medicina.

3. Marco curricular contextual

Como ya se ha mencionado, el plan de estudios actual de la carrera de Medicina de la Facultad de Medicina, Udelar, se aprobó el 27 de diciembre de 2007 por la Asamblea de Claustro de la Facultad y el 26 de marzo de 2008 por el Consejo de Facultad, con resolución N° 55, mientras que el 16 de julio del mismo año se aprobó su sistema de créditos. Su implementación comenzó en el año 2009. En ese período coexistieron dos regímenes curriculares: la generación 2009 inició sus estudios bajo el nuevo Plan 2008, mientras que las generaciones previas continuaron cursando con el Plan de 1968

Al ser elevado el plan de estudios a los Órganos Cogobernados Centrales, la Comisión Sectorial de Enseñanza realizó una serie de observaciones en cuanto a la forma de cálculo de los créditos de la carrera y a la denominación del título final de grado como Doctor⁷ en Medicina. En la Asamblea del Claustro del 20 de noviembre de 2008 se discutieron estos señalamientos. Allí los claustristas defendieron mantener la denominación tradicional de Doctor en Medicina. Entre los argumentos expuestos se mencionaron su fundamento histórico, la imposibilidad práctica de introducir un cambio sin retrasar la implementación del plan y la decisión política de los estudiantes de Medicina de sostener ese título. Finalmente, la resolución del Claustro estableció “mantener abierta la discusión” y remitir el tema a los órganos centrales de la Universidad, pero priorizar la puesta en marcha inmediata del plan (ACF, 2008).

En una jornada llamada “Propuestas sobre Plan de Estudios y Reforma Curricular”, llevada a cabo por la Asamblea de Claustro de Facultad en junio de año 1996, vísperas al cambio curricular que se definiría poco más de una década después, se invitó a la Profesora Elsa Gatti a introducir la discusión con algunos conceptos sobre currículo. En su exposición, Gatti (1996) definió un plan de estudios como:

⁷ Del acta del Claustro se recoge la resolución que adoptó el 18 de noviembre de 2008 la Subcomisión de Reglamentos y Planes de Estudio, de la Comisión Sectorial de Enseñanza, en relación a la denominación del título final de Doctor en Medicina. Señalan que la anterior Comisión de Asuntos Docentes incorporó en varios expedientes la observación de que la denominación de los títulos de grado expedidos por la Universidad de la República en cuatro de sus Servicios (Medicina, Derecho, Odontología, Veterinaria) en concordancia con la normativa internacional corresponden al nivel de licenciatura y no de doctorado.

a la ordenación o planificación de estudios que se supone los alumnos deben realizar dentro de la institución [...] y parte del supuesto de que lo único que tiene que hacer esa institución es asegurar la sucesión y yuxtaposición de estudios parciales, de disciplinas diferentes que constituye toda la formación que ese profesional necesita para su ejercicio profesional. Es decir, que detrás de esa concepción de plan de estudios hay una teoría respecto de cómo se forma un estudiante y, sobre todo, una priorización de los aspectos cognoscitivos sobre todos los demás elementos que un estudiante procesa a lo largo de su pasaje por una institución de este tipo. (p. 23)

El documento del Plan de Estudios 2008 presenta una estructura sintética de cuatro páginas, en las que se mencionan a grandes rasgos: titulación, estructura, créditos, contenidos, métodos, evaluación y seguimiento de la implementación; a lo que se agrega un anexo con una malla organizada por ciclos. Si se comparan con las pautas elaboradas en 2011 por la Comisión Sectorial de Enseñanza –ajustadas por la Ordenanza de Estudios de Grado–, se observa que los documentos curriculares debían incluir como mínimo: antecedentes y fundamentación, objetivos de la formación, perfil de egreso, denominación del título, duración de la carrera y créditos mínimos, descripción de la estructura del plan, contenidos básicos y créditos mínimos de las áreas de formación y orientaciones pedagógicas. Aunque dichas pautas fueron posteriores a la aprobación del Plan de Medicina, no escapan a la lógica que debe regir un documento de esta relevancia.

Se establece en el plan de estudios que la duración de la carrera de Doctor en Medicina será de siete años, organizándose en tres etapas: dos bloques trienales y un último año correspondiente al Internado Rotatorio. Lo novedoso de este plan fue la reducción de la carrera, que pasó de ocho años en el Plan '68 a siete. La disminución del tiempo formativo se realizó a expensas de los años clínicos, ya que el tramo de formación básica se mantuvo con una extensión de tres años, igual que en el plan anterior. En lo escrito, se incorporaba la formación clínica desde el segundo año, con el propósito de generar una integración más temprana entre los contenidos básicos y la práctica semiológica. Esta propuesta llegó a implementarse en los primeros años del nuevo plan, pero luego se descontinuó, aspecto al que se hará referencia más adelante.

La malla curricular señala que el primer trienio –Bases de la Medicina Comunitaria⁸– se centra en la formación básica y clínico-comunitaria. En esta primera etapa, el estudiante comienza en su primer año la inserción en un territorio de referencia, donde realiza actividades de promoción que se extienden hasta el tercer año, sumando a partir de segundo instancias clínicas en el primer nivel de atención. Esto representó una innovación por la inserción temprana en la clínica. El segundo trienio –Bases de la Medicina General Integral⁹– corresponde a la formación clínica, ya con bagaje semiológico adquirido en el primer bloque, y se enfoca en lo patológico. Además, está estipulado que al finalizar el cuarto año de la carrera se expida el título intermedio de Técnico de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades.

Al finalizar cada trienio se incluye la formación en metodología científica, orientada principalmente por un enfoque cuantitativista. Estos espacios buscan dotar a los estudiantes de herramientas para la lectura crítica de la literatura biomédica, epidemiológica o clínica, en sintonía con los principios de la medicina basada en la evidencia (Sackett, 1996), así como para el diseño y análisis de investigaciones. En sexto año, el trayecto culmina con la entrega de una monografía, que constituye el producto final integrador de la formación en investigación.

En el proceso de consolidación del plan de estudios, la Facultad de Medicina debió adecuar su estructura curricular a la Ordenanza de Estudios de Grado y otros Programas de Formación Terciaria (Udelar, 2011). En este marco, el Consejo de Facultad dispuso, en su Resolución N° 81 del 3 de octubre de 2012, la instalación de una comisión coordinadora para adaptar la carrera de grado a la nueva normativa universitaria (CFM, 2012). Este antecedente abrió el camino hacia la transformación del diseño curricular.

Posteriormente, la Asamblea del Claustro, en su sesión del 1º de octubre de 2015, aprobó por unanimidad una adecuación del Plan 2008, que luego fue refrendada por el Consejo de Facultad el 21 de octubre de 2015 (Resolución N° 65). En esta adecuación se

⁸ “En él se estudia la condición de salud y el continuo salud-enfermedad junto a los factores medioambientales, biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, que en él inciden y que amenazan el bienestar de las personas y las comunidades que integran” (Plan de estudios, 2008).

⁹ “Consiste en el estudio básico de los agentes psicosociales, biológicos, físicos y químicos causantes de las enfermedades que pueden afectar al hombre alejándose del estado de salud. Asimismo se estudiarán los fundamentos de las técnicas de diagnóstico y tratamiento. Incluye la formación clínica de médico general con especial énfasis en el primer nivel de atención y en la asistencia domiciliaria” (Plan de estudios, 2008).

sustituyó al semestre como unidad curricular como estaba fijado originalmente. Se definió a la unidad curricular (UC) como la “unidad básica de conocimientos, de funcionamiento armónico, con objetivos precisos, acreditación específica y constancia en la escolaridad correspondiente” (ACF, 2015; CSE, 2011). Con ello, se buscó alinear la carrera con la normativa universitaria vigente y dotar de mayor flexibilidad a la acreditación de los aprendizajes. El plan quedó organizado, con estas modificaciones, en veinticinco unidades curriculares, distribuidas a lo largo de la carrera (ver Figura 3.1).

La carrera de Medicina de la Udelar en la actualidad se puede cursar completamente en dos sedes: Montevideo y en el Centro Universitario Regional (CENUR) Litoral Norte. Los escenarios de enseñanza están bien diferenciados según el bloque en que se ubican (ver Cuadro 3.1). En el primer trienio, las actividades se desarrollan en los aularios y laboratorios de la Facultad, con formación en bases biológicas del ser humano. En el primer año, además de asignaturas como bioestadística, salud pública y humanidades, los estudiantes concurren a territorios específicos en experiencias curricularizadas¹⁰ de Extensión Universitaria en distintos departamentos del país (Montevideo, Canelones, Maldonado, San José y Florida). Cabe señalar que, desde 2017, los estudiantes del primer trienio se forman sin contacto clínico, ya que se retiró la unidad curricular “Habilidades clínicas y aprendizaje en territorio”, perteneciente al Ciclo Básico Clínico Comunitario. Esta decisión respondió a dificultades para sostener la propuesta inicial, debido a las limitaciones de recursos para afrontar la creciente masividad de la matrícula, que hicieron inviable mantener la enseñanza clínica en esa etapa. A raíz de este cambio curricular, el contacto con la práctica clínica ocurre recién en el cuarto año.

Los escenarios de enseñanza del segundo trienio corresponden al Hospital Universitario, el Instituto de Higiene, los hospitales de referencia y las policlínicas de primer nivel de atención de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). La distribución de escenarios se organiza en función de las asignaturas clínicas cursadas en cada año: en cuarto año, la enseñanza se desarrolla en policlínicas, servicios de emergencia y salas de internación de pediatría, neonatología y ginecología, así como en policlínicas de medicina familiar y comunitaria en el primer nivel; en quinto año predomina la formación en medicina interna, con actividades en policlínicas, emergencias y salas de internación; y en sexto año,

¹⁰ Sigue los idearios de la Segunda Reforma Universitaria. Esta experiencia está a cargo del Espacio de Formación Integral “Aprendizaje en territorio”.

además de policlínicas de medicina familiar y comunitaria, se incluyen salas de internación, servicios de emergencia y block quirúrgico en el área de cirugía. Para el caso del Internado Rotatorio, además de los anteriores, se incorporan servicios municipales e Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) del sector privado.

Cuadro 3.1. Estructura general del Plan 2008 actual y escenarios de enseñanza		
Bloque curricular	Características generales	Escenarios de enseñanza
Primer trienio (1º– 3º año)	Fundamentos biomédicos y de salud pública, introducción a salud comunitaria.	Aulas teóricas, laboratorios de ciencias básicas, talleres y comunidad.
Segundo trienio (4º– 6º año)	Ingreso a cursos clínicos; integración básico-clínica; desarrollo de habilidades clínicas y comunicacionales.	Servicios clínicos hospitalarios (2.º y 3.º nivel); policlínicas y centros de salud del primer nivel de Medicina Familiar y Comunitaria. Aulas teóricas de materias básicas de patología y terapéutica (ej. Instituto de Higiene).
Séptimo año (Internado rotatorio)	Práctica pre-profesional supervisada con rotaciones troncales.	Servicios sanitarios públicos y privados de 2do y 3er nivel; centros de salud de primer nivel; tanto de la capital como del interior del país.

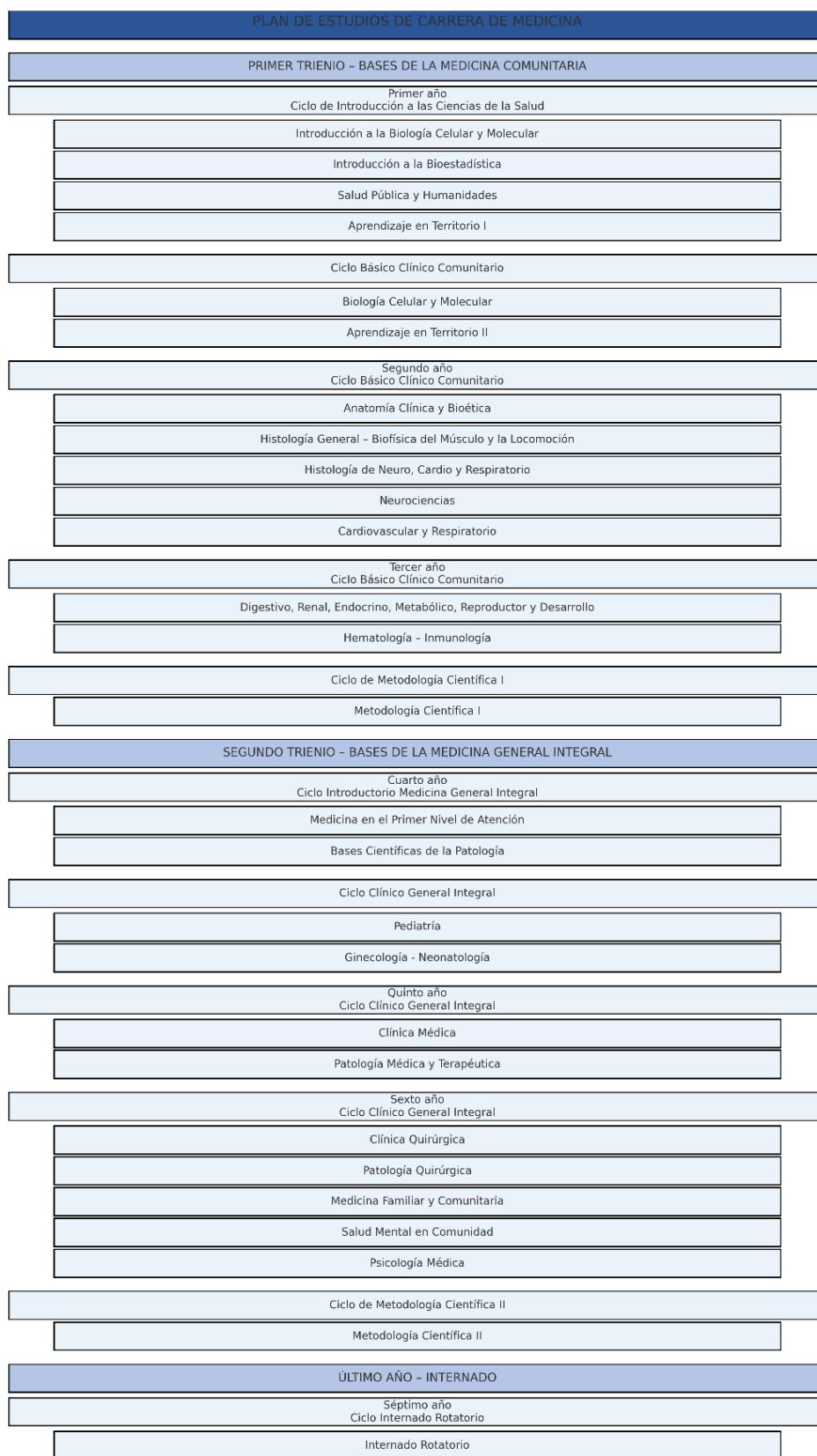
Fuente: elaboración propia a partir del Plan de Estudios 2008

En cuanto a los sistemas de evaluación de los aprendizajes, la revisión de los programas de cada unidad curricular muestra una marcada heterogeneidad. En el primer trienio predominan las evaluaciones sumativas mediante pruebas de opción múltiple, salvo en el primer año donde se incluyen experiencias de evaluación formativa. En el segundo trienio, además de las anteriores, se incorporan evaluaciones clínicas con pacientes reales y simulados, en particular a través del método ECOE (Evaluación Clínica Objetiva Estructurada).

Esta organización actual del currículo responde en gran medida a la lógica establecida en las recomendaciones del Informe Flexner (1910), que dividía la formación médica en un primer tramo de ciencias básicas y un segundo tramo clínico-hospitalario (Narro-Robles, 2004). Este modelo marcó profundamente la organización curricular de las escuelas de medicina del siglo XX. En América Latina, hacia mediados de la década de los 60, acompañado por la corriente de la medicina social, emergió el modelo crítico, que cuestionó el flexneriano por su carácter biologicista y hospitalocéntrico, e impulsó una formación médica integral, con énfasis en los determinantes sociales de la salud, el trabajo comunitario y metodologías activas (Pinzón, 2008). Esta ruptura de modelos se evidenció en la Facultad de Medicina de la Udelar durante la gestación del Plan de Estudios 1968. En la revisión de los documentos de este proceso se identifican planteos que buscaban “restituirla [a la medicina] al campo de las ciencias antropológicas”, pero a causa del intervencionismo cívico-militar no se concretó.

Si bien en su formulación inicial el Plan 2008 buscó salir de la lógica flexneriana, incorporando en los primeros años actividades comunitarias y de inserción temprana en la clínica, las modificaciones introducidas posteriormente reforzaron la secuencia en dos bloques claramente diferenciados. Además, la distribución horaria afianzó una formación predominantemente hospitalaria por encima de la comunitaria, en consonancia con este modelo. Como señala Pinzón (2008), este paradigma ha perdurado en América Latina por más de un siglo, consolidando una educación médica centrada en el hospital y en una visión biológica de la enfermedad, sin lograr plenamente una formación integral orientada hacia la comunidad.

Figura 3.1. Diseño curricular del Plan de estudios 2008.



Fuente: elaboración propia utilizando los programas de las unidades curriculares.

4. Marco teórico conceptual

Se da la necesidad de realizar un encuadre teórico-conceptual sobre el objeto de investigación, lo que posibilita la toma de decisiones adecuadas en el diseño metodológico, la visualización y elaboración de categorías de análisis previas y el surgimiento de nuevas categorías derivadas de la empiria; de esta forma facilitar el “amasado” entre teoría/ empiria. A continuación, se dará mención de las teorizaciones sobre visiones y representaciones sociales en relación con el objeto, sus estructurantes en el proceso educativo y una conceptualización sobre perfil de egresado.

4.1. Reseña de las teorías sobre representaciones sociales

Las visiones que los sujetos elaboramos sobre los hechos sociales tienden a ser aspectos más generales sobre cómo entender y dar sentido al mundo social. Su origen se encuentra en las representaciones sociales. Resulta difícil conceptualizar una noción de representación social por su complejidad, lo que ha llevado a lo largo de la historia a la postulación de varias teorías desde diferentes vertientes (Alves-Mazzotti, 2008), por mencionar algunos ejemplos: del anclaje y la objetivación de S. Moscovici, del núcleo central de J. C. Abric, de la Centralidad de G. Vergès y de los campos cognitivos de D. Jodelet.

En el caso de la teoría postulada por Moscovici, a partir de su replanteamiento al concepto de representaciones colectivas de Durkheim, se entiende a las representaciones sociales como una estructura organizada de conocimientos –corpus de conocimientos–, un sistema de valores, nociones y prácticas, cuya función es “la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos” (Moscovici, 1979, citado en Perera, 2003, p. 10). Son esquemas mentales que le permiten a los individuos interpretar la realidad e integrarse a las relaciones cotidianas de intercambio. Esto se complementa con lo estipulado por Jodelet, quien establece en su teoría que estas representaciones son sistemas de referencia, categorías que dan sentido y sirven para clasificar los fenómenos sociales, son imágenes dotadas de significados (Jodelet, 1986, citado en Perera, 2003, pp. 9-10).

Los fenómenos de las representaciones sociales son construidos en los “universos consensuales de pensamiento” así definido por Mascovice, siendo más complejos que los objetos de investigación que de ellos surgen. Sin embargo, estos objetos de investigación que surgen son, citando a Celso Pereira de Sá (1998):

típicamente una elaboración del universo codificado de la ciencia. Si el estudio en sí de la representación estuviera contenido en el mismo universo consensual en que esta es movilizada para los fines prácticos de la vida cotidiana, el producto de ese estudio sería en sí mismo una representación social. (p. 22)

El señalamiento de Pereira de Sá introduce un matiz fundamental al destacar la distancia entre el universo consensual en que las representaciones se originan y el universo científico que las analiza, es decir, entre el objeto de estudio y su codificación académica. Este planteo delimita la posición epistemológica desde la cual se abordan las representaciones: no como simples opiniones individuales, sino como construcciones colectivas que condensan significados socialmente compartidos.

En diálogo con la perspectiva epistemológica de Strauss y Corbin (1998), la reconstrucción mediante la producción discursiva no sólo refleja la complejidad del mundo social a ojos del entrevistado, sino que permite avanzar en la teorización de la estructura social que lo condiciona y posibilita. Esta articulación epistemológica es clave para comprender cómo las representaciones sociales expresadas en el discurso pueden ser interpretadas como un reflejo que habilita analizar y teorizar sobre las fuerzas estructurales y relaciones que dan sentido a la experiencia social.

4.2. Noción de experiencia educativa

Al revisar la literatura sobre la noción de experiencia no aparece un término acabado. Existe una polisemia y, en cierto punto, una ambigüedad en la manera en que se define. Esta diversidad surge por su dimensión subjetiva, las experiencias se relacionan con las vivencias de los sujetos, los sentidos que les otorgan y la reconstrucción de significados, ya sea ante la acción o en su narrativa (Guzman y Saucedo, 2015). Para el caso del objeto de investigación

que convoca esta tesis, las experiencias no se configuran sólo por los acontecimientos históricos sino por los significados que generan en los sujetos y permiten, a partir de la interpretación de esos significados en sus relatos, detectar las condiciones sociales de referencia.

Las experiencias se pueden entender, desde la perspectiva de Dewey, como las interacciones de los sujetos con las situaciones que surgen de su contexto y lo que estas le generan. Desde una perspectiva emocional, la experiencia es “eso que me pasa” (Larrosa, 2006, p. 88) como sujeto al enfrentarme con esa situación, “una manera de habitar el mundo y de pensar al sujeto, como sujeto de la experiencia” en palabras de Larrosa (*op. cit.*, p. 91); es decir, como sujeto de la formación y de la transformación. En el caso del ámbito educativo aplicado para esta tesis, estos sujetos de experiencia son los estudiantes.

Dewey (2004) describe dos principios fundamentales en la constitución de la experiencia: continuidad e interacción. El principio de continuidad de la experiencia significa que “toda experiencia recoge algo de lo que ha pasado antes y modifica en algún modo la cualidad de la que viene después” (*op. cit.*, p. 79). Este principio implica transformación: no somos los mismos antes que después de la situación. Como también lo señalan Strauss y Corbin (1998), que conciben la realidad social como un proceso en constante construcción y reconstrucción a través de la interpretación de las acciones y discursos. Cada sujeto reacciona distinto al mismo acontecimiento, atribuyendo valoraciones también distintas, convirtiéndose en una experiencia positiva o negativa dependiendo de lo que experimentó antes.

El segundo principio que se establece, en relación estrecha y recíproca con el anterior, es el de interacción, inseparable de la noción de situación, en palabras de Dewey:

una experiencia es siempre lo que es porque tiene lugar una transacción entre un individuo y lo que, en el momento, constituye un ambiente, si este último consiste en personas con las que está hablando sobre algún punto o suceso, el objeto sobre el que se habla forma parte también de la situación. (*op. cit.*, p. 86)

Siendo el ambiente cualquier condición que interactúe con las necesidades y propósitos del individuo para crear la experiencia. En el contexto de enseñanza, el docente puede interaccionar con sus estudiantes, en lo que hace y los modos como los hace, su tono

de voz, palabras usadas, método didáctico, bibliografía recomendada, escenario donde se da la situación, etc. Situación que permite destacar la importancia de la relación dinámica entre sujeto y ambiente/situación

Las experiencias, a su vez, están regidas por el principio general de control social (Dewey, 2004), en el entendido de que los individuos forman parte de un grupo o clase social donde se establecen normas, formas de actuar y pensar. De esta manera, la experiencia educativa tiene un componente formativo y reconstructivo, pues se produce en interacción con otros y dentro de marcos normativos que orientan la acción. Las situaciones que generan experiencias en los estudiantes son las prácticas de enseñanza, entendidas en sentido amplio, en la interacción del estudiante con el docente y entre sus compañeros. Estas prácticas responden al currículo tanto explícito, en acción, como oculto.

Por su parte, Bourdieu (1997) profundiza esta comprensión al introducir el concepto de *habitus*, como un sistema de disposiciones socialmente estructuradas que orientan la percepción, el pensamiento y la acción. Este concepto permite explicar por qué las experiencias adquieren significados diferentes según la posición social de quien las vive, dado que los individuos que comparten trayectorias similares tienden a desarrollar esquemas de percepción y valoración relativamente homogéneos (Bourdieu, 1997; Beraux, 2005).

4.3. Currículo, prácticas de enseñanza y reproducción del poder

El currículo, del latín *curriculum*, es un término polisémico que admite distintos grados de descripción. Camilloni (2018) denomina a esta variabilidad ‘efecto acordeón’, lo que hace difícil definirlo y reducirlo a un único concepto (Da Silva, 1999; Gimeno, 2010). Grundy, citado por Gimeno (2010), sostiene que el currículo no es un concepto, sino una construcción cultural. Las instituciones educativas trabajan y defienden una cultura, por lo cual su contenido cultural es condición lógica de la enseñanza y el currículo es su estructuración; entonces este último, citando a Gimeno, es “el contenido cultural que las instituciones educativas tratan de difundir en quienes las frecuentan, así como los efectos que dicho contenido provoque en sus receptores” (Gimeno, 2010, p. 12).

La primera función del currículo dentro de la planificación educativa para Coll (2001, p. 30) es “la de explicitar el proyecto –las intenciones y el plan de acción– que preside las actividades educativas”. Sin olvidar al currículo como propuesta político-educativa, en la medida que se encuentran estrechamente articulados a los proyectos políticos-sociales de algunos grupos sociales. Propuesta curricular que no es estéril de conflictos, sino todo lo contrario, es un campo de confrontación, negociación e imposición entre grupos que quieren determinar la selección de contenidos culturales (De Alba, 1995).

Ahora bien, no se puede definir el currículo por lo que está escrito en un documento, llamado “currículo establecido”, sino hay que tener presente lo que se lleva a la práctica, el “currículo en acción”, que no necesariamente sigue lo que está establecido (Goodson, 1997; Camilloni, 2001; Coll 2001). Esta acción práctica está relacionada con la enseñanza, la forma como se trabaja los contenidos, las modalidades de evaluación y escenario donde se lleva a cabo; estas situaciones van a generar y guiar las experiencias educativas en los estudiantes (Rule, 1973, citado en Gimeno, 2013).

Las teorías del currículo comenzaron a constituirse a principios del siglo XX con la intención de enriquecer el conocimiento sobre el diseño de los programas de formación (Camilloni, 2001). Se estableció como campo de conocimiento, podría decirse, con los trabajos de Bobbit en el contexto estadounidense de institucionalización de la educación de masas (Da Silva, 1999). Desde entonces han surgido varias perspectivas en el campo del currículo, las teorías tradicionales con autores como Tyler y Bobbit, a las teorías críticas que se originaron en la década de los 60 con autores como Althusser, Bourdieu y Passeron, Baudelot y Establet, Bernstein, Young, Apple, entre otros.

A partir de los aportes de las teorías críticas se describió la existencia de relación entre el currículo, como construcción social, y la ideología, entre la educación y los medios de producción. En la teoría de Althusser (1974) se argumenta que la sociedad capitalista necesita la reproducción de sus componentes ideológicos, necesarios para mantener su *status quo*, lo que requiere de mecanismos e instituciones encargadas como son los aparatos represivos y los aparatos ideológicos del Estado –instituciones educativas, medios de comunicación–.

El currículo se organiza de tal forma en proveer aquellos contenidos, áreas de conocimiento, que permitan la reproducción de esta ideología imperante. Esta reproducción social, reflejada en la organización del currículo, es un mecanismo de reproducción cultural, en particular de la cultura dominante (Bourdieu y Passeron, 1996; Torres, 2005). Los mecanismos reproductores se relacionan con la noción de capital cultural, en la medida que esta cultura tiene valor y las personas que la posean se benefician logrando ventajas materiales y simbólicas, por sobre todo lo segundo en este tipo de capital.

En la configuración del currículo se clasifica lo que se va a enseñar, lo que es legítimo y lo que no. Esto implica una noción de control y, por ende, de poder, guiado por dos principios sociolingüísticos como establece Bernstein (1985, pp. 216-217) con relación al vínculo con las diferencias sociales y culturales. El principio de clasificación, sobre cómo se estructura el conocimiento dentro del currículo, hace referencia a los códigos –la gramática de clase–; para la enseñanza universitaria tradicional es de tipo elaborado. En el caso del principio de encuadramiento, cuanto mayor es el control de los docentes en el proceso de transmisión, mayor será el encuadramiento, característico en los mecanismos de poder de la cultura dominante en el currículo de nivel superior. Esta relación entre el poder, los códigos y el currículo es lo que va a determinar, tanto el éxito de los cambios curriculares, como los significados que los estudiantes adquirirán en su experiencia educativa.

No obstante, las perspectivas críticas del currículo, si bien resultaron fundamentales para visibilizar la relación entre educación, poder e ideología, han sido objeto de cuestionamientos por su énfasis en el determinismo estructural y en la intencionalidad de clase (Giroux, 1981; Willis, 1977; Archer, 1982). Estos autores plantean la existencia de márgenes de autonomía relativa en las instituciones educativas, así como la capacidad de docentes y estudiantes para reinterpretar, resistir o incluso subvertir los significados oficiales que circulan en el espacio escolar.

El poder, siguiendo a Foucault (1996), no es unívoco ni absoluto, sino que se despliega en una red de relaciones múltiples, difusas y capilares. En los mismos espacios donde el poder se ejerce, emergen también resistencias, reinterpretaciones y apropiaciones que escapan al control de la lógica dominante.

En consecuencia, más que un mecanismo unívoco de dominación, el currículo puede ser comprendido como un campo de disputa en el que se negocian sentidos, saberes y valores (Da Silva, 1999). Esta perspectiva permite dar lugar a la noción de currículo oculto como una dimensión diferenciada –aunque íntimamente ligada al currículo formal–, donde se expresan procesos de socialización y transmisión cultural no siempre explícitos ni planificados.

En línea con lo anterior, resulta necesario mencionar la noción de **currículo oculto**, introducida por Jackson (1968) en *Life in Classrooms*, quien mostró, en sus investigaciones etnográficas, cómo las escuelas transmiten de manera implícita normas, valores y formas de comportamiento que moldean la subjetividad de los estudiantes. En esa línea, Da Silva (1999) define el currículo oculto como “todos aquellos aspectos del ambiente escolar que, sin ser parte del currículo oficial, explícito, contribuyen de forma implícita a aprendizajes sociales relevantes” (p. 40).

Jackson (1968) describe tres dimensiones centrales de la vida escolar que revelan las facetas no explícitas de la experiencia educativa: las multitudes (*crowds*), que implican aprender a convivir con otros en un mismo espacio; la alabanza y la culpa (*praise and blame*), como mecanismos de recompensa y sanción que regulan la conducta; y el poder (*power*), expresado en las relaciones de autoridad y subordinación que naturalizan el orden institucional.

Lo que se aprende, o, mejor dicho, lo que se reproduce, a través de este currículo son los aspectos ideológicos estructurantes, su *habitus*, de la cultura dominante de la sociedad capitalista; es decir, las actitudes, valores, comportamientos, rituales, normas, formas de visión del mundo (Torres, 2005). Constituye un proceso social donde se moldea de forma inconsciente la subjetividad de los estudiantes, cuyas fuentes de este currículo oculto son las relaciones sociales que se dan en el ámbito educativo (ej. entre docentes, estudiantes, administración), la organización del espacio escolar, control del tiempo (ej. puntualidad), divisiones, entre otros (Da Silva, 1999).

Desde la perspectiva de Strauss y Corbin (1998), al analizar los relatos y discursos de los estudiantes sobre sus experiencias, se puede identificar cómo ese currículo oculto se manifiesta indirectamente en las interpretaciones, resistencias o aceptaciones de los sujetos,

permitiendo teorizar sobre esas estructuras sociales implícitas que condicionan las trayectorias educativas.

4.4. La universidad y la profesión médica como estructurantes

El desarrollo de los currículos en las universidades, a diferencia del resto de los niveles del sistema educativo, está dado por procesos colectivos de elaboración y evaluación desligados de lógicas técnicas. Como manifiesta Collazo (2010, p. 10), “cada plan de estudios es la resultante del nivel de acuerdo alcanzado por un colectivo académico en un momento histórico dado”. En este sentido, la autora menciona que el currículo constituye “el proyecto educativo posible que orienta las prácticas durante un determinado período de la vida institucional” (*op. cit.*, p. 10).

Los cambios curriculares son resultantes de procesos de deliberación y transacción entre actores diversos, tanto internos como externos a la institución, en cuanto a concepciones filosóficas, científicas, pedagógicas y políticas (Collazo, 2010). El currículo universitario se caracteriza por su libertad académica y sus programas definidos por su propia política universitaria (Camilloni, 2018).

En las universidades en general, como el caso de la Universidad de la República, se han orquestado una serie de transformaciones de los currículos de las carreras de grado a lo largo de la historia motivados por el contexto social y político del momento. En la década del 2000 se dieron cambios curriculares principalmente en las carreras tradicionales, como fue el caso de medicina con la creación de su plan de estudios de 2008, motivados por los procesos de acreditación regional –MEXA y Sistema ARCU-Sur–; lo que conllevó innovaciones educativas para adaptarse a los requerimientos de las evaluaciones (Collazo, 2013).

En el ámbito de lo universitario, los currículos y los procesos de enseñanza que realizan los docentes, organizados en relación con los aprendizajes de los estudiantes, en función con los contenidos altamente especializados para la formación profesional (Lucarelli, 2013, p. 142) se ven determinados por dos grandes estructurantes: las profesiones y la universidad. De esta forma, los estudiantes en su formación universitaria, en contacto con sus

docentes y los espacios de práctica profesional, presentan modificaciones graduales en “sus percepciones sobre el mundo de la práctica, sus lenguajes especializados, sus disposiciones y sistemas de jerarquías en relación con los códigos propios del campo profesional al cual se integran” como menciona Feldman (2014, p. 54).

Las profesiones, del latín *professionis* "acción y efecto de profesar", según Parson (1967) son un segmento particular de la sociedad, se encuentran en la cima de una jerarquía social, conformadas por una élite de trabajadores dotados de competencias elevadas y que les son propias. Estas características dotan, en el caso de la profesión médica, de un poder específico, el poder médico, cuya historia se encuentra vinculada al Estado y que se establece como una institución de control social y la normalización de la sociedad (Foucault, 1977). Asimismo, la medicina se consolidó como una profesión hegemónica al segmentar y dominar el conocimiento experto en su campo, controlando su propia práctica y delimitando el accionar de otras profesiones (Abbott, 1988).

En el caso de Uruguay, en su gestación, hubo un entendimiento entre el poder estatal y el poder médico. Barrán (1992) en su tesis refiere que el “el poder médico fue aliado y servidor del Estado” (p. 174) a través del control sanitario de la población de riesgo (ejemplo prostitución, delincuencia, rebeldes políticos) y a la civilización de las masas. Los discursos médicos se enmarcaron dentro de la construcción del Estado uruguayo moderno, en un proyecto de dominación y disciplinamiento de las clases populares (Barrán, 1992).

Para la construcción de esta élite de profesionales y su identidad, se busca la reproducción social del *habitus* médico (Castro, 2014) en los aprendices a través de los espacios académicos de escuelas de medicina, donde se impregnán sus códigos culturales en el currículo, propiciados, además, por las prácticas de enseñanza que los prepara para el ejercicio profesional. En este proceso, se reproduce lo que Menéndez (2003) denomina el *modelo médico hegemónico*, caracterizado por la centralidad del saber biomédico, la subordinación de otros saberes y prácticas de salud, y la consolidación de relaciones asimétricas entre profesionales y pacientes.

La relación entre universidad y profesión, tal como lo afirma Fanfani (1989, citado en Lucarelli, 2013, p. 81), se da en la constitución de las carreras, se produce la reivindicación del dominio de un corpus de conocimiento por parte un grupo de especialistas en el contexto

de instituciones socialmente encargadas de reproducirlos, mediante una acción pedagógica expresa como es el currículo. Así, las carreras universitarias nacen para responder a los diferentes intereses de formación que pueden surgir tanto en la interna como en lo externo a las universidades (Camilloni, 2016), una necesidad desde las rationalidades de las profesiones, del mercado del trabajo, las disciplinas.

Para el caso de la medicina, la universidad como agente social permite la normalización de la práctica y del saber médico, influenciada por la corporación médica, en lo que respecta a la formación y la concesión de títulos, la normalización de su enseñanza y de un control estatal sobre los programas; en palabras de Foucault (1977) “la medicina y el médico son el primer objeto de normalización”. Esto hace que el currículo de la medicina, como ya se ha descrito, sea un campo de tensiones, de luchas de poderes, donde se imprimen en él las directrices de lo que se espera de un médico, la ideología dominante; el producto final será el profesional que ejercerá el control social.

El campo académico-universitario es un lugar de luchas por el poder universitario, entendido éste como la capacidad de obrar sobre la reproducción del cuerpo universitario, un poder que es obtenido y mantenido por la ocupación de ciertas posiciones académicas (Bourdieu, 2008). Entran en juego en este campo la jerarquía universitaria, el prestigio y el predominio de ciertas disciplinas sobre otras, situaciones no ajenas a las facultades de medicina, sino todo lo contrario, se han construido a lo largo de la historia como espacios tradicionales de poder y en relación con el Estado.

En las universidades se dan procesos y mecanismos, sobre todo simbólicas, que determinan qué estudiantes ingresan y egresan de la institución, tanto en el grado como en el posgrado, siendo las facultades de medicina un claro ejemplo de reproducción de las clases sociales, de los *héritiers* (herederos) según Bourdieu (2013).

Estas dinámicas estructurantes no sólo reproducen un *habitus* médico, sino que también configuran lo que en la literatura reciente se ha denominado **identidad profesional** (Cruess y Cruess, 2014). En los últimos años, esta noción ha cobrado creciente relevancia en el campo de la educación médica, al entenderse que la formación del médico no se reduce a la adquisición de conocimientos y habilidades, sino que implica un proceso de socialización y configuración de la manera de “ser médico”. Cruess y Cruess (2014) sostienen que la

formación debe considerarse simultáneamente como la enseñanza de competencias y como la incorporación de una identidad profesional, lo cual supone internalizar valores, normas y responsabilidades propias de la profesión.

La identidad profesional no es estática ni se adquiere de una vez y para siempre, sino que se construye y reconstruye en un proceso narrativo y dinámico de identificación, mediado por el lenguaje, las prácticas institucionales y las relaciones sociales (Monrouxe, 2010). Los estudiantes negocian entre múltiples identidades personales, sociales y profesionales, experimentando tensiones que impactan tanto en su bienestar como en la calidad de los vínculos con pacientes y colegas.

Desde otra perspectiva, Holden *et al.* (2012) subrayan que la identidad profesional se desarrolla en la intersección de factores individuales, interpersonales y socioculturales, integrando dimensiones cognitivas, afectivas y comportamentales. Este proceso se configura a través de la práctica reflexiva, la retroalimentación y la experiencia clínica. En esta misma línea, Cruess y Cruess, *et al.* (2015) destacan que los docentes cumplen un papel decisivo como modelo de rol y que el currículo oculto puede reforzar o, por el contrario, obstaculizar la construcción de una identidad profesional coherente con los valores institucionales.

4.5. Conceptualización de perfil de egreso

Corvalán y Hawes (2005, p. 13) definen el perfil de egreso como el conjunto de “rasgos y capacidades que, certificadas apropiadamente por quien tiene la competencia jurídica para ello, permiten que alguien sea reconocido por la sociedad como “tal” profesional, pudiéndose encomendar tareas para las que se le supone capacitado y competente”. Estos se expresan por la institución universitaria como una declaratoria formal, un contrato social, sobre lo que se compromete a formar, tanto hacia la interna de sus alumnos como para el resto de la sociedad, lo que contribuye a la identidad profesional (Hawes y Troncoso, 2006). En otras palabras, permite expresar lo que se espera como desempeño profesional del egresado, sus alcances y ámbitos de ejercicio.

Esto hay que diferenciarlo del perfil profesional que corresponde a las características propias del campo de la profesión y que responden a las construcciones culturales, corporativas y legales. Ambos perfiles son momentos de un mismo proceso de constitución del profesional.

A propósito del perfil de egreso de la carrera de Doctor en Medicina de la Universidad de la República, la Asamblea de Claustro de Facultad en 2007 establece que será:

un médico responsable, con sólida formación científica básico-clínica, capaz de realizar diagnósticos correctos, tomar decisiones clínicas precisas, capaz de comunicarse en su misión de prevenir, curar y derivar adecuadamente; profundamente humanista, crítico, preparado para investigar, educar y educarse, dispuesto siempre a aprender, [...]; comprometido con la ética, preparado conscientemente para trabajar en un sistema que priorice la atención primaria de la salud, adiestrado para interactuar armónicamente con los otros profesionales de la salud, que es en definitiva lo que demanda nuestra sociedad.

En una revisión propia exploratoria y comparada sobre los perfiles de egreso de las carreras de medicina de las universidades nacionales –Universidad CLAEH y Universidad Católica del Uruguay–, algunas regionales –Universidad Nacional de Buenos Aires y Universidade de São Paulo– e internacional –Universidad Complutense de Madrid–, se observa el hecho que todas comparten ciertas similitudes con el perfil establecido por la Facultad de Medicina de la Udelar, pese a las diferencias sociales, demográficas, epidemiológicas y sanitarias propias de cada país.

Esta convergencia puede explicarse, en parte, a nivel regional, por los procesos de acreditación impulsados por el Sistema ARCU-SUR, que establecen criterios comunes de calidad y competencias para las titulaciones de medicina en el MERCOSUR. A su vez, influye el rol social que cumple el profesional médico en los sistemas sanitarios de las sociedades de occidente, su rol normalizador para los Estados, por ser de las carreras más antiguas, tradicionales y legitimadas en las universidades. Esto reafirma la centralidad del rol social del médico en las sociedades occidentales.

Como plantea la Comisión sobre la Educación de los Profesionales de la Salud para el Siglo XXI, los perfiles y competencias responden a las necesidades sociales y sanitarias de cada país, impulsando una educación orientada a un aprendizaje transformador que forme profesionales con responsabilidad social y capacidad de liderazgo (Frenk *et al.*, 2010).

4.7. Antecedentes de investigaciones sobre el problema

Al realizar una revisión para conocer el estado del arte de la situación problemática, se encontraron cuatro trabajos realizados en la región, enfocados a un objeto de investigación similar, las representaciones y percepciones de los estudiantes sobre el rol del médico, con la utilización de metodologías desde perspectivas diversas, la mayoría con criterio temporal de tipo transversal.

Uno de ellos consistía en determinar las percepciones de estudiantes de grado de medicina acerca de su perfil de médico esperado realizado en la Pontificia Universidad Católica de Chile por García *et al.* en 2002. Involucró a veintinueve estudiantes de segundo a séptimo año (no hubo participación de sexto año), los cuales participaron de instancias en grupos focales, con previa encuesta para conocer algunas características como edad, sexo, curso y promedio de notas. Las percepciones que surgieron se agruparon en cinco categorías: actitudes y valores ético-morales –el médico debe actuar bajo principio éticos, altruismo, actitud de servicio–, habilidades y capacidades –práctica de escucha en el médico, asertividad, empatía, capacidad de actuar bajo presión, liderazgo y trabajo en equipo–, funciones y actividades –labores clínicas, resolución de problemas, actividades en comunidad, realizar docencia, formación continua y participar en la administración de recursos– y lugares de desempeño laboral –en ámbito público hospitalario y policlínico en las mañanas y en lo privado en la tarde, haciendo docencia–.

El siguiente estudio es muy similar al anterior, se enfoca sobre el rol del médico según la perspectiva estudiantil, involucró a cuarenta y tres estudiantes de primer y cuarto año de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de la Santísima Concepción (Chile) en el 2008 por Lermanas. En grupos de discusión, se les indagó a los estudiantes sobre cualidades del rol médico, para luego ser agrupadas en características generales como actitudes y

valores, conocimientos, destrezas y habilidades. Las palabras que surgieron en los grupos se destacan: “individuo inmerso en la sociedad”, “proteger, respetar y asistir la vida”, “adoptar decisiones clínicas a partir de razones éticas y técnicas para poder ejercer una medicina más humana y socialmente viable”, “debe tener una formación ética”.

El tercero de estos trabajos fue realizado en la Universidad Autónoma de México por Petra *et al.* en el 2012. Se estudió, a diferencia de los anteriores, durante cinco años a sesenta y tres estudiantes de medicina, a los cuales le realizaron entrevistas al finalizar cada año curricular utilizando el método de redes semánticas naturales. Con estas entrevistas se indagó las palabras que asocian al concepto medicina, para el inicio de la carrera se desprendían palabras como “vida” y “salud”, hacia la mitad “salud” “enfermedad” “ciencia”, y al final de la carrera palabras como “enfermo” “salud”.

Por último, en el año 2019 se realizó en la Universidad de Antofagasta de Chile por Torres y Varas un estudio para identificar los conceptos que el estudiante de primer año de medicina, cursando la asignatura “Introducción a la medicina”, asocian con el quehacer profesional del médico cirujano. Se utilizó el método cuantitativo a través de una encuesta transversal a una muestra de treinta y cinco estudiantes, con variables relacionadas al perfil de egreso y a los objetivos de aprendizaje de la asignatura. Con respecto a la primera variable surgieron con mayor frecuencia conceptos asociados a la profesión médica como educación en salud, trabajo en equipo, comunidad, confidencialidad, biología humana, medicina legal, salud regional, entre otras.

Estos estudios muestran que los estudiantes de medicina asocian el rol del médico fundamentalmente a valores ético-humanistas y a funciones sociales, aunque con variaciones según el momento de la formación. En los primeros años predominan las referencias al compromiso moral, el altruismo y la actitud de servicio, mientras que en etapas intermedias y finales aparecen con más fuerza las menciones a la toma de decisiones clínicas, la resolución de problemas, liderazgo, trabajo en equipo y el dominio técnico.

5. Metodología

Para dar respuesta a los objetivos de esta investigación, se adoptó un diseño metodológico fundamentado en una perspectiva hermenéutica, que permite comprender en profundidad las experiencias y los significados construidos por los sujetos en sus contextos sociales. En este marco, se emplearon métodos y técnicas cualitativas orientadas a la exploración detallada y a la interpretación de los discursos y relatos de los estudiantes. Esta aproximación resulta especialmente adecuada para captar la complejidad y la dimensión subjetiva del fenómeno estudiado, posibilitando una comprensión más amplia de la evolución de las visiones sobre el ser médico a lo largo de la trayectoria educativa.

5.1. Universo a investigar

El universo de la investigación está constituido por las representaciones sociales sobre el “ser médico” elaboradas por los estudiantes uruguayos de diferentes edades y géneros, que actualmente cursan la carrera de Doctor en Medicina bajo el Plan de Estudios 2008, en la sede Montevideo de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

5.2. Unidad de análisis

La unidad de análisis está conformada por los discursos de los estudiantes que cursaban el último año de la carrera, en el ciclo de Internado Rotatorio durante el año 2024, considerados como expresiones de las representaciones sociales construidas sobre el “ser médico”.

5.3. Método

Se utilizó el método biográfico, también conocido como narrativo-biográfico (Verd y Lozares, 2016), propio de la tradición cualitativa-interpretativa. Es un enfoque que se centra

en el relato del sujeto de investigación –en este caso, los estudiantes de medicina–, quienes constituyen los protagonistas principales del proceso. Dicho relato permite captar, con riqueza y detalle, los significados atribuidos a los fenómenos sociales desde la perspectiva del propio sujeto y de su experiencia (Bisquerra, 2009; Denzin, 1989). En palabras de Vasilachis (2006) “el relato consiste en la puesta en palabras de los recuerdos, es expresado a su vez a través de moldes narrativos por los cuales [...] los sujetos encuadran significativamente sus experiencias” (p. 205). Este método posibilita documentar acontecimientos sociales basados en información personal, generando conocimiento desde las dimensiones cognitivas, afectivas y de acción (Bolívar y Domingo, 2005; Bassi, 2014).

Entendiendo la educación como una acción práctica guiada por determinadas intenciones –el currículo y las prácticas de enseñanza–, el enfoque narrativo resulta especialmente adecuado para comprender y expresar las experiencias educativas de los estudiantes (Bisquerra, 2009, p. 327).

5.4. Técnica de recolección

Para dar respuesta al método seleccionado, se optó por una aproximación basada en la técnica de historia de vida. Para Langness (citado por Magrassi & Rocca, 1986, p. 31), esta técnica “hace referencia a un extenso registro de la vida de una persona [...] obtenida por entrevistas”, es decir, una “autobiografía hablada”. Esta técnica permite recoger varios relatos y, a través de una pluralidad de voces, reconstruir las visiones sobre ser médico que tienen los estudiantes, configurando así un diseño multivocal.

La elaboración de las entrevistas de historias de vida se estructuró en tres momentos: preparación, recolección de datos, análisis junto con la sistematización de la información obtenida. La técnica se aplicó focalizándose en un período específico del estudiante, correspondiente a su último año de la carrera, abarcando en el relato desde sus comienzos en la carrera hasta el momento actual. De este modo, se configura un fragmento de la biografía de los estudiantes, en línea con las perspectivas etnosociológicas (Bertaux, 2005; Vasilachis *et al.*, 2006).

5.5. Muestreo

Dado que la técnica de obtención de información se basó en una aproximación a la historia de vida, la selección de los casos se realizó mediante un muestreo selectivo fundamentado en criterios teóricos. Se eligieron los estudiantes de la unidad de análisis con el fin de lograr un diseño multivocal, procurando que los participantes seleccionados representaran los extremos de la gama de significados posibles del objeto de investigación, atendiendo a sus distintas experiencias, relaciones y orígenes de clase social.

Por razones éticas, no fue posible acceder a las bases de datos no públicas para realizar un muestreo más dirigido. En su lugar, se utilizó un formulario de *Google Forms*, difundido a los estudiantes por sus docentes con ayuda de la plataforma *Moodle* de la unidad curricular Internado Rotatorio. Dicho formulario invitaba a los estudiantes interesados en participar a inscribirse voluntariamente, solicitando información relevante para la selección como sus datos de: contacto, edad, género, año de ingreso a la facultad, lugar de procedencia, nivel educativo máximo alcanzado por sus padres y si eran beneficiarios de becas de ayuda económica.

Siguiendo lo propuesto por Bertaux (2005), se estructura el diseño en cinco momentos:

1. Apertura del terreno

En esta primera etapa, que resulta tan fundamental como las siguientes, corresponde a la selección de los individuos a los que se les realizarían las entrevistas para la historia de vida. Esta selección de participantes corresponde a lo que Smit denomina los “héroes” o “heroínas” (citado en Vasilachis *et al.*, 2006, p. 187), quienes aportarán información valiosa para el análisis. En este tipo de técnica, el muestreo no sigue criterios de representatividad estadística. Como establece Miller, “el éxito de este muestreo radica en asegurar un rango de individuos que representen todos los tipos de grupos significativos para el fenómeno o tópico bajo estudio” (citado en Vasilachis *et al.*, 2006, p. 187).

Para la selección, se consideraron estructurantes sociales como la procedencia geográfica del estudiante, el nivel educativo máximo alcanzado por sus padres y si eran beneficiarios de becas de ayuda económica. De esta manera, se generaron seis categorías mutuamente excluyentes:

- A) Estudiante proveniente de la capital del país, siendo hijo/a de padres universitarios.
- B) Estudiante proveniente del interior del país, siendo hijo/a de padres universitarios.
- C) Estudiante proveniente de la capital del país, siendo hijo/a de padres no universitarios sin beca.
- D) Estudiante proveniente del interior del país, siendo hijo/a de padres no universitarios sin beca.
- E) Estudiante proveniente de la capital del país con beca de ayuda económica.
- F) Estudiante proveniente del interior del país con beca de ayuda económica.

Los estudiantes fueron contactados directamente, lo que implicó una búsqueda ‘a ciegas’ hasta completar las categorías. Al momento de contactarlos, se les informó sobre los objetivos de la investigación y los perfiles que se buscaban. Si cumplían con las características de alguna de las categorías, se les seleccionaba e invitaba a participar.

2. Obtención de las entrevistas

Con base en lo anterior, se le realizó la entrevista a aquellos estudiantes que aceptaron participar, con previa solicitud de su consentimiento informado, explicando la necesidad de grabar las entrevistas. En los casos en los que no se logró contactar a los estudiantes o estos rechazaron participar, se contactó a otro estudiante siguiendo el mismo procedimiento descrito en el paso anterior.

3. Preparación de las entrevistas

El punto cardinal para la construcción de las entrevistas fue el tema principal de esta investigación: la evolución de las visiones sobre ser médico adquiridas a través de la experiencia educativa de los estudiantes. Se elaboró una guía de entrevista organizada con énfasis en lo diacrónico (ver apéndice A), con el fin de reconstruir estas visiones a través de

ciertos hechos gatillantes de su experiencia educativa, desde el inicio de la carrera hasta la etapa actual en que se encontraban.

Al iniciar la entrevista, se les pidió que compartieran su procedencia, la ocupación de sus padres, y su trayectoria educativa –dónde cursaron la educación preescolar, primaria y secundaria–, si trabajaban y si ese trabajo tenía relación con la carrera, así como su vinculación a equipos de investigación o de extensión universitaria. Esta estrategia buscaba recuperar relatos sobre las “áreas problemáticas” de la historia de vida de los sujetos (Ferrarotti, 2007).

Para evocar significados, se utilizaron hechos gatillantes o “bisagras”, momentos clave que marcaron la vida del entrevistado, para provocar la evocación de significados, con el fin de identificar epifanías en el análisis (Denzin, 1989, p. 70). Algunos ejemplos de estos hechos gatillantes fueron: cuándo y por qué decidió estudiar medicina, dónde cursó la educación primaria y secundaria, su primer día en la facultad, su primera participación en prácticas comunitarias, el comienzo de las instancias clínicas, y su primer día como practicante interno. A su vez, se indagó sobre marcas significativas en su trayectoria. Estos momentos ayudaron a reconstruir un relato cronológico de su trayectoria estudiantil. Además, se les solicitó que compartieran su proyección futura: cómo se visualizaban como médicos y en qué área o ámbito.

4. Realización de las entrevistas

Se coordinó con los estudiantes que aceptaron participar de la investigación un encuentro virtual en *streaming* de más de una hora de duración, de acuerdo con la disponibilidad del entrevistado, con el fin de reconstruir sus experiencias de vida en el ámbito educativo.

Se utilizaron entrevistas abiertas, teniendo como agenda conversacional la guía elaborada en el paso anterior. Se priorizó el relato espontáneo del entrevistado, buscando encuentros dialógicos con idas y vueltas, olvidos, enunciaciones y reformulaciones, posicionamientos ideológicos, y espacio para los sentimientos generados ante diferentes situaciones de experiencia y lo que estas aportaron.

Se tuvo en cuenta que, durante la entrevista, la narrativa de los estudiantes ya implica una primera interpretación, al realizar una reconstrucción del pasado desde el presente, incluyendo sus deseos, proyectos y perspectivas (Vasilachis *et al.*, 2006). También se prestó atención a los gestos del entrevistado, sus silencios, la postura corporal y las reacciones ante la enunciación de situaciones.

5. Análisis: del mismo se abren otra serie de procesos y decisiones metodológicas orientadas a organizar, sistematizar e interpretar la información, las cuales se describen en la sección 5.6.

5.6. Análisis de información empírica

Para este quinto momento fue necesario transcribir los relatos, es decir, pasar de la oralidad a la escritura, lo cual está ligado a lógicas netamente contrastantes (Ferrarotti, 1991 citado en Vasilachis *et al.*, 2006). Este proceso ofrece una buena oportunidad para volver a escuchar los relatos grabados, ya que pueden emerger sentidos que habían sido pasados por alto durante la entrevista. Se utilizaron medios digitales para transcribir de la oralidad al texto.

Posteriormente, se organizó la información obtenida para reconstruir la estructura diacrónica del itinerario de los estudiantes entrevistados (Bertaux, 2005). Esto permitió representar los hechos que dieron lugar al itinerario biográfico, necesario para dar lugar al trabajo de interpretación, que será de segundo o tercer orden, tal como lo advierte Geertz (1973), ya que el primer orden lo realizaron los investigados en la construcción de su identidad.

Desde la pluralidad de visiones surgidas de los estudiantes, se organizaron las historias en torno a epifanías y los significados que de ellas emergieron, seleccionando los pertinentes a la pregunta de investigación (Bertaux, 1997). Se intentó revisar los contextos sociales, económicos, simbólicos, educativos y sanitarios en los que se dieron lugar esos momentos epifánicos.

Para analizar los discursos de los estudiantes aportados en las entrevistas, se utilizó ATLAS.ti 9 como *software* de Análisis Cualitativo de Datos Asistido (CAQDAS, por las siglas en inglés: *Computer Aided Qualitative Data Analysis Software*). Esta herramienta, según Lopezosa y Codina (2023), “permiten la organización, sistematización, procesamiento y análisis de los datos que componen las investigaciones, ayudando al investigador a mejorar el rigor y la eficacia de sus estudios” (p. 3).

Se construyeron categorías de análisis sobre la base del encuadre teórico previo, en función de las diferentes concepciones obtenidas de las entrevistas con los estudiantes. Esto permitió acercarse al fenómeno investigado de manera estructurada y sistemática. Como señala Gallart (1992), el “análisis implica la formulación de conceptos que se van creando en un continuo ir y venir de la información empírica a la construcción teórica” (p. 109). Por categoría se entiende, según Hernández Sampieri *et al.* (2014), como aquellas “conceptualizaciones analíticas desarrolladas por el investigador para organizar los resultados o descubrimientos relacionados con un fenómeno o experiencia humana que está bajo investigación” (p. 426).

El proceso de análisis utilizando ATLAS.ti, según lo propuesto por Cervio (2016, p. 72), se dividió en cuatro etapas:

1. Preparación de los documentos primarios.

Esta fase consistió en la edición de los documentos que contienen las transcripciones de las entrevistas, preparándolos para su análisis en el *software*. Esto implicó un “(re)encuentro” con las expresiones de los entrevistados, lo que conllevó a la toma de decisiones respecto a la significatividad del material en términos del problema de investigación (Cervio, 2016).

2. Selección de los segmentos de análisis.

Se identificaron segmentos significativos del texto, también llamados unidades de significado, lo que representó un primer nivel de reducción de los documentos primarios (Cervio, 2016; Hernández Sampieri *et al.*, 2014). Mediante un proceso de “comparación constante”, cada unidad de significado fue analizada y contrastada con las anteriores, lo que permitió el

descubrimiento de nuevas categorías (Tracy, 2013; Hernández Sampieri *et al.*, 2014). Tracy (2013, p. 190) agrega que este *constant comparative method* es “circular, iterativo y reflexivo”, ya que implica una revisión permanente de los códigos, evitando así la “deriva de definiciones”.

3. Codificación.

En este segundo nivel de reducción de los datos se llevó a cabo el proceso de codificación propiamente dicho. Consistió en “identificar, crear y etiquetar núcleos de sentido a partir de los cuales se va estructurando y complejizando el análisis” (Cervio, 2016, p. 72). Los códigos son palabras o fragmentos que “capturan” un atributo sumativo, la esencia y/o evocativo, sobre los significados expresados por los entrevistados (tomado de Saldaña, 2009, citado en Tracy, 2013, p. 189). Por su parte, los códigos se asociaron con diferentes citas y con otros códigos en el proceso de análisis (Cervio, 2016). Durante esta fase, se crearon *memos*, es decir, anotaciones, para facilitar la reflexión teórico-metodológica sobre citas o códigos.

4. Vinculación entre elementos y creación de redes o diagramas gráficos.

Si se considera la unidad hermenéutica como el conjunto de citas, códigos y *memos*, las *networks* facilitaron la vinculación de estos distintos elementos, estableciendo relaciones lógicas entre ellos (Cervio, 2016). Esto permitió la elaboración de redes conceptuales, que explicitan la tarea de interpretación, esclareciendo relaciones y proposiciones teóricas en torno al objeto de investigación (Cervio, 2016).

Si se toma como punto de partida el encuadre teórico-conceptual desarrollado, surgen, *a priori*, tres categorías de análisis que funcionan de “esqueleto analítico” orientador para el primer nivel de reducción mencionado anteriormente. Esto permite comenzar a seleccionar las unidades de significado.

Desde la interpretación hermenéutica, que enfatiza la importancia del contexto en la construcción de significados, estas categorías iniciales fueron meramente provisionales. A medida que avanzó el proceso de codificación y se confrontaron con las narrativas

biográficas de los entrevistados, fueron modificadas y enriquecidas. En este enfoque, la apertura a la emergencia de nuevos significados es un aspecto esencial.

Las tres categorías preliminares fueron:

- Visiones sobre ser médico previo al ingreso a la carrera: esta categoría hace alusión a ideas, preconceptos, significados que los estudiantes de medicina atribuían al ser médico previo a su ingreso a la carrera. Idearios que motivaron su elección vocacional, que podrán estar en relación con su origen de clase o procedencia geográfica.
- Visiones sobre ser médico surgidos de la experiencia educativa universitaria: hace referencia a las visiones y significados que los estudiantes de medicina fueron desarrollando en el tránsito por la carrera. Estas visiones surgen del propio currículo, de las experiencias de aprendizaje y del contacto con los profesionales médicos, entre otras.
- Visiones sobre ser médico en relación con su futuro profesional: está en relación con las visiones que poseen los estudiantes de medicina al encontrarse cerca del egreso. Se refiere a cómo se identifican como futuros profesionales médicos y cómo se visualiza ejerciendo la medicina.

5.7. Consideraciones éticas

Este proyecto fue valorado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina, Udelar. En cumplimiento de las normativas éticas, se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los estudiantes antes de su participación en la investigación (ver Apéndice B). Asimismo, se obtuvo autorización para grabar las entrevistas en formato de audio y video.

La participación fue completamente voluntaria, respetando el principio de autonomía de los entrevistados. Se les informó que su colaboración no implicaba ningún beneficio

económico, sino la oportunidad de contribuir al conocimiento sobre el estado de la formación de los futuros profesionales médicos de esta casa de estudios.

Los participantes fueron notificados de su derecho a negarse a responder cualquier pregunta, a rechazar la grabación de la entrevista y de retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto tuviera repercusiones en su vida personal, curricular o profesional.

Se resguardó la identidad de los participantes y se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos. Para ello, tanto las grabaciones como las transcripciones de las entrevistas fueron identificadas con códigos numéricos. Todos los archivos generados, incluida la correspondencia entre los códigos y los nombres de los participantes, fueron almacenados en un dispositivo encriptado y de acceso restringido. Además, se garantizó el anonimato de los participantes en la presentación de los resultados.

Esta investigación se llevó a cabo sin contar con financiamiento externo de ningún organismo.

6. Resultados de la reflexión analítica

6.1. Introducción a los resultados

Un total de 43 estudiantes manifestaron su interés en participar de la investigación, de los cuales 37 eran mujeres y 6 hombres, dato que coincide con la tendencia a la feminización de la Facultad de Medicina en los últimos años¹¹. La mediana de edad al momento de responder el formulario fue de 27 años, mientras que la mediana de ingreso a la carrera de medicina correspondió al año 2016.

La mayoría de los estudiantes provenía de departamentos del interior del país, mientras que 18 eran de Montevideo. Respecto al nivel educativo máximo alcanzado por sus padres, sorprendentemente, la mayoría tenía formación terciaria o universitaria, ya sea completa o incompleta. Respecto a la situación económica actual de los estudiantes, 25 indicaron tener un trabajo remunerado, y sólo uno declaró ser beneficiario de una beca de apoyo económico.

Una vez conformado este listado de posibles candidatos, se seleccionaron y contactaron aquellos que cumplían con las características de las seis categorías definidas para el muestreo, basadas en criterios estructurantes de orden social y económico. Como era previsible, no todos los convocados aceptaron participar o pudieron ser contactados.

Si bien se logró entrevistar a seis estudiantes que cursaban su último año de carrera, no fue posible completar las seis categorías previstas. No obstante, se logró representación en cuatro de ellas, establecidas en el apartado de muestreo del capítulo de metodología:

- A) Estudiante proveniente de la capital del país, siendo hijo/a de padres universitarios.
- B) Estudiante proveniente del interior del país, siendo hijo/a de padres universitarios.

¹¹ En el informe de estadísticas de la Facultad de Medicina, Udelar, publicado en 2017, de los 1768 estudiantes de ingreso, el 70% eran mujeres; dato que se repite en los últimos años.

- C) Estudiante proveniente de la capital del país, siendo hijo/a de padres no universitarios sin beca.
- D) Estudiante proveniente del interior del país, siendo hijo/a de padres no universitarios sin beca.

En dos de las seis categorías no se encontraron estudiantes que cumplieran con el perfil ni que desearan participar en la investigación. Esto ocurrió con las siguientes:

- E) Estudiante proveniente de la capital del país con beca de ayuda económica.
- F) Estudiante proveniente del interior del país con beca de ayuda económica.

Ante esta situación, se optó por buscar casos con características similares. Sin embargo, como se mencionó previamente, solo se contó con un estudiante beneficiario de una beca de apoyo económico, lo que llevó a tomar decisiones metodológicas para ajustar el muestreo.

Para suplir estas dos categorías, y partiendo del supuesto de que los estudiantes con beca pertenecían a hogares de nivel socioeconómico bajo, se seleccionaron estudiantes con empleo remunerado, tanto del interior como de la capital del país, cuyos padres hubieran alcanzado preferentemente nivel educativo primario o, en su defecto, secundario o terciario incompleto. No fue posible contactar a estudiantes con padres cuyo nivel educativo fuera únicamente primario.

Finalmente, se incorporaron dos estudiantes en situación de empleo: uno proveniente del interior, cuyos padres habían alcanzado nivel secundario, y otro de Montevideo, con padres de nivel educativo terciario incompleto.

6.1.1. Perfil de los entrevistados

Como se mencionó previamente, se logró entrevistar a seis estudiantes que cursaban el último año de la carrera. Tal como se muestra en el Cuadro 6.1.1, se describen las características sociodemográficas y económicas de los participantes incluidos finalmente en la investigación.

De los seis casos, cuatro eran mujeres y dos, hombres. Al momento de la entrevista, su rango de edad oscilaba entre 26 y 38 años, con una moda de 26 y 27 años. La mitad de los estudiantes provenía de algún departamento del interior del país. De ellos, tres vivieron en Montevideo durante algún tramo de la carrera, pero dos regresaron a su lugar de origen en el último año.

Cuadro 6.1.1. Perfil sociodemográfico y económico de los entrevistados

	Lugar de procedencia	Nivel máximo de instrucción alcanzado por padres	Tipo de institución donde realizó educación secundaria	Trabajo retribuido actual
Entrevistado 1 (E1)	Interior del país	Ed. universitaria	Sector público	No trabaja
Entrevistado 2 (E2)	Montevideo	Ed. terciaria incompleto	Sector privado	No trabaja
Entrevistado 3 (E3)	Montevideo	Ed. universitaria	Sector privado	Si trabaja
Entrevistado 4 (E4)	Interior del país	Ed. secundaria incompleta	Sector público	No trabaja
Entrevistado 5 (E5)	Montevideo	Ed. terciaria incompleta	Sector privado	Si trabaja
Entrevistado 6 (E6)	Interior del país	Ed. secundaria completa	Sector público	Si trabaja

Respecto al nivel de instrucción de los padres de los participantes, se observaron diferentes grados. En dos de los seis casos, los padres habían alcanzado una carrera universitaria, siendo medicina la profesión de al menos uno de ellos. En contraste, en dos casos el máximo nivel educativo alcanzado fue secundaria –uno completo y otro incompleto–. Una situación similar se dio con otros dos entrevistados: en uno, los padres alcanzaron un nivel terciario completo –relacionado con el sector sanitario–, y en el otro, terciario incompleto –no relacionado–. No se entrevistaron estudiantes cuyos padres sólo alcanzaron la educación primaria. Asimismo, no hubo casos de entrevistados provenientes de

Montevideo cuyos padres únicamente tuvieran educación secundaria; en todos ellos, el nivel educativo alcanzado fue terciario (completo o incompleto) o universitario.

En cuanto al contexto educativo previo de los entrevistados, especialmente el nivel secundario, se observaron diferencias interesantes entre quienes provenían de departamentos del interior del país y los de Montevideo. Para los provenientes del interior del país, la educación primaria y secundaria transcurrió en el sector público. En cambio, en el caso de uno de los entrevistados de Montevideo cuyos padres poseían formación universitaria, se observó que el mismo concurrió a instituciones privadas para su educación primaria y secundaria. De manera similar, en los dos casos en que los padres habían alcanzado un nivel terciario (completo o incompleto), los entrevistados también cursaron sus estudios en el sector privado.

Sobre la situación laboral, de carácter retribuido, la mitad de los participantes se encontraban trabajando en paralelo a los cursos de la carrera. Dos estudiantes que se encontraban trabajando provenían de Montevideo. Los casos que no se encontraban realizando actividad laboral, vivían con sus padres. No se logró incluir ningún caso que se beneficiara de alguna beca de apoyo económico.

6.1.2. Códigos y categorías emergentes

De las narrativas recogidas en las entrevistas, se identificaron ocho códigos a través del análisis cualitativo utilizando el *software* Atlas.ti 9. Este proceso iterativo implicó una revisión constante de las categorías iniciales, ajustándose conforme se profundizó en la interpretación de los testimonios. Los códigos identificados no son entidades aisladas, sino que mantienen relaciones entre sí, permitiendo la conformación de categorías más amplias que agrupan varios de estos códigos. La descripción detallada de estos códigos se encuentra en el Cuadro 6.1.2.1.

Cuadro 6.1.2.1. Descripción de los códigos de análisis

	Nombre de la categoría	Definición operacional	Cita representativa
i	Elección de la carrera	Incluye los motivos que los entrevistados recuerdan de por qué eligieron la carrera de medicina. Engloba relatos sobre experiencias o situaciones que llevaron a elegir la carrera.	“cuando [...] fuimos al Museo de anatomía, todas esas cosas y ahí yo dije, tallo quiero estudiar, esto fue como que ahí afirmé más”
ii	Impacto institucional	Se refiere a ese primer contacto del estudiante con la realidad académica y la vida universitaria. Incluye asimismo, situaciones donde la idiosincrasia institucional estuvo presente durante su formación.	“me acuerdo de haber ido antes, cuando teníamos que ir a llevar las cosas para anotarnos, si contra perdida, porque, claro, yo soy del interior”
iii	Marca del currículo	Este código representa aquellas experiencias relatadas por los entrevistados en donde algún aspecto del currículo estuvo presente, como es la cronología de los diferentes ciclos y unidades curriculares que fueron puntos de inflexión para su formación profesional.	“toda medicina familiar en sexto creo que me aportó. De segundo, anatomía creo que me aportó, digo para el futuro; fármaco aporta”
iv	Relación pedagógica estudiantes -docentes	En este código se agrupan experiencias vividas por los estudiantes sobre las prácticas de enseñanzas llevadas a cabo por los docentes universitarios que marcaron su formación, tanto positiva como negativamente.	“me dijeron también que era un muy buen docente los primeros años, pero se ve que o sea, ese era su último año de docencia y supongo yo que estaba harto”
v	Relación con médico/estudiante-paciente	Se incluyen situaciones que los entrevistados relataron sobre el vínculo con el paciente, tanto vivencias propias como presenciadas. Lleva a que el estudiante se posicione, tomando o rechazando ese tipo de relación médico-paciente para su ejercicio profesional. Surgen actitudes sobre lo que un profesional debería ser.	“Eso que te decía de ser grosero, hablar cosas que no se pueden hablar adelante el paciente o poner cara como si el paciente no entendiera y cosas innecesarias”
vi	Marca del sistema evaluatorio	Este código está relacionado con aquellas experiencias durante los procesos de evaluación que generaron diferentes sentimientos en los entrevistados para su formación profesional.	“en vez de tener dos encuentros tuve una, que además, en el encuentro me pusieron cáncer de esófago, que es un tema de...Este todo mal.”
vii	Visiones del ser médico	Se agrupan en este código todos aquellos relatos de significados sobre el ser médico que los entrevistados mencionaron.	“Y no sé así me visualizó haciendo lo mejor posible por ser buen médico, tomándolo bueno que aprendí en estos en este año de internado, y no tomando lo malo que aprendí”
viii	Desarrollo del profesional	Este código incluye los aprendizajes que los estudiantes adquirieron, y que consideran que aportaron o no para su formación profesional como médico.	“Haber tenido la oportunidad de ‘leuequear’ y de tener una base, que yo veía que mis compañeros, mismo durante quinto, nunca habían auscultado un crepitante”

Una vez finalizado el proceso de codificación, se procedió a analizar las interrelaciones entre los códigos y las categorías que de ellos emergen. Como resultado de esta etapa de categorización, se identificaron cuatro categorías principales, las cuales también mantienen una conexión entre sí, evidenciando un proceso de construcción y transformación de significados a lo largo de la trayectoria académica y profesional de los entrevistados. Estas categorías se detallan en el Cuadro 6.1.2.2.

Cuadro 6.1.2.2. Descripción de las categorías emergentes de análisis				
	Nombre de la categoría	Definición operacional	Códigos que la integran	Cita representativa
I	Representación inicial de ser médico	Corresponde a los motivos de elección de la carrera de medicina y la influencia del contexto educativo, social y familiar. Se analizaron las visiones pre universitarias que los entrevistados presentaban sobre el ser médico.	Elección de la carrera. Visiones del ser médico.	“desde cuarto ya tenía como un interés en biología. Me gustaba mucho química también [...] Fue más que nada como buscando lo que más me gustaba y también descartando.”
II	Evolución de las visiones de ser médico durante la formación universitaria	En esta categoría se mencionan aquellas visiones sobre el ser médico que presentaban los entrevistados durante su formación universitaria, desde el ingreso hacia la etapa actual en la que se encuentran. Se organiza el análisis por cada bloque en el que se estructura el plan de estudios.	Impacto institucional. Desarrollo del futuro profesional. Relación médico-paciente. Visiones del ser médico.	“sobre todo sobre esa experiencia de también sentirse un poquito, y más cerca, de ser médico, que otra cosa más cerca también de interna”
III	Tensiones entre el currículo prescripto y la formación real	Esta categoría agrupa experiencias que los entrevistados identificaron correspondientes a marcas del currículo, expresadas como tensiones entre lo prescripto y el currículo en acción; y cómo estas influyen en sus representaciones de ser médico.	Marca del currículo. Relación pedagógica estudiantes-docentes. Marca del sistema evaluatorio.	“las experiencias que tú tengas en la clínica son bastante dependientes del docente que a ti te toque”
IV	Visiones actuales de ser médico y proyecciones a futuro como profesional	Hace referencia a las visiones de ser médico que los estudiantes de medicina presentan a pocos meses de egresar de la carrera. También involucra cómo los entrevistados se proyectan como futuros profesionales médicos.	Desarrollo del futuro profesional. Visiones del ser médico.	“...nunca me visualicé mucho como médica general, y si lo hago, lo voy a hacer lo menos posible. Y apenas pueda trabajar de residente...”

Las categorías emergentes reflejan las experiencias y representaciones que los estudiantes han atravesado desde su etapa pre-universitaria hasta la proyección profesional. En la fase pre-universitaria, la elección de la carrera está fuertemente influenciada por los imaginarios sociales sobre la medicina. Posteriormente, durante la formación universitaria, esos imaginarios comienzan a confrontarse con la realidad académica, representada por el currículo, las estrategias de enseñanza y la profesión. En este proceso, se produce una suerte de “amasado” en torno a lo que implica ser médico, en el que las expectativas iniciales se reformulan mediante las experiencias formativas.

Finalmente, al completar todas las exigencias del plan de estudios y encontrarse en la etapa cúlmine de la carrera, los estudiantes han adquirido una comprensión más clara de la práctica profesional. En este punto, ya han desarrollado una interpretación más fundamentada de lo que significa ser médico y pueden proyectarse con mayor certeza hacia su futuro profesional.

6.2. Elección de la carrera y representaciones iniciales sobre el ser médico

En la primera categoría de análisis –las visiones que los estudiantes recuerdan del ser médico antes del ingreso a la Universidad–, conviene separar dos vertientes, confluentes, pero analíticamente distinguibles: (a) las motivaciones para elegir medicina y (b) las representaciones iniciales sobre el ejercicio de la profesión médica. Aunque los recuerdos pueden resultar vagos, reflejan los imaginarios de la adolescencia probablemente anclados en las construcciones sociales sobre el médico y su campo de conocimiento.

Es importante señalar que estas representaciones iniciales influyeron en la decisión de estudiar medicina. Si bien cada entrevistado provenía de contextos educativos, sociales y familiares distintos, como se analizará a continuación, sus motivaciones para elegir la carrera presentaban puntos en común.

6.2.1. Motivo de elección de la carrera

Ante la pregunta sobre el motivo de la elección de la carrera, los entrevistados coincidieron en señalar que la inclinación hacia la biología –en particular hacia la biología humana– fue un factor determinante. Muchos manifestaron que su interés por las ciencias naturales se había despertado desde etapas tempranas durante su paso por el liceo. Por ejemplo, uno de los entrevistados afirmó: “estaba bastante apasionado por el tema de la biología” (E5). Otro puntualizó su elección en términos de preferencia por lo biológico, a pesar de que le gustaban otras áreas como matemáticas, química y física:

Entre científico y biológico, si bien me gustaba matemáticas, química y física, no me gustaba tanto [...], me fui más por lo biológico, por más que el biológico de quinto no es muy interesante, pero en cuanto al cuerpo humano sí. (E3)

Asimismo, se evidencia un proceso gradual de consolidación de este interés. Como relata otro estudiante:

Yo desde cuarto ya tenía como un interés en biología. Me gustaba mucho química también, fue más que nada como buscando lo que más me gustaba y también descartando. [...] En quinto ya sabía que quería hacer porque dentro de lo que estábamos dando, muchos seres vivos, y a mí me interesaba más el humano. (E4)

Las narrativas del entrevistado 3 y el entrevistado 4 muestran cómo la elección se configuró a partir del descubrimiento personal de afinidades, distinguiendo entre una preferencia general por la biología y una más específica por la biología humana. Este interés debe entenderse en el marco del sistema educativo uruguayo, donde históricamente la educación media superior¹² ofrece en quinto año la orientación biológica y, en sexto, dos trayectos posibles: agronomía o medicina. Esta forma de organización no sólo otorga centralidad a la biología, sino que además refuerza la supremacía simbólica de la medicina sobre otras profesiones de la salud, al presentarla como la continuidad natural del bachillerato

¹² Tener presente que aquí se utilizan las denominaciones clásicas, sin desconocer los cambios en los planes curriculares de la educación media superior a lo largo de la historia de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP). En particular, los participantes de esta investigación cursaron bajo el plan 2006, donde el quinto año correspondía a la diversificación biológica, siendo los tramos posibles en sexto las opciones Ciencias Biológicas o Ciencias Agrarias (DGES, Reformulación 2006).

biológico. Tal supremacía puede comprenderse en términos de hegemonía profesional y de control de jurisdicciones sobre el conocimiento biológico (Freidson, 2022; Abbott, 1988). Aspectos que hacen al capital simbólico acumulado de la profesión médica, en el que el sistema educativo no es ajeno (Bourdieu, 1977).

En otro caso, el entrevistado 2 describe un proceso de indecisión inicial, en el que optó por el área de la salud tras experimentar una especie de ‘prueba’ que lo llevó a elegir medicina:

Fue medio sin una razón específica, fue como es lo mismo, me va bien en esto, hice medicina, me fue bien. Voy a entrar a medicina, que me parece mejor carrera de esa área, y si me va bien sí, y si no me va bien hago otra cosa. No fui de esas personas que siempre quiso ser médico. (E2)

Este testimonio recuerda lo planteado por Becker *et. al.* (1992), en sus investigaciones en estudiantes de medicina de la Universidad de Kansas. Allí sostienen que, para muchos estudiantes, la motivación para convertirse en médico era indefinida al momento de ingresar a la carrera, y el “querer ser médico” adquiría significado progresivamente con las prácticas rutinarias y de los encuentros con la cultura estudiantil.

Algunos entrevistados mencionaron experiencias personales en su tránsito por la educación primaria y secundaria que se vincularon a la elección de la carrera. El entrevistado 4, por ejemplo, recuerda una vivencia escolar: “me acuerdo de chica siempre estaba en la Cruz Roja en la escuela”. Más adelante agrega una experiencia con una salida didáctica del liceo: “cuando fuimos a Medicina, nos explicaron más o menos, recorrimos la facultad, fuimos al Museo de Anatomía, todas esas cosas, y ahí yo dije: ‘ta, lo quiero estudiar’, ahí afirmé más” (E4).

En otros casos, la influencia de las prácticas de enseñanza de sus profesores de secundaria influyó en la elección de la carrera. El entrevistado 1 señaló: “creo que fue por muchos factores. Justamente hubo una profesora que me hizo ver la perfección del cuerpo humano, cómo funcionaba” (E1).

De manera similar, el entrevistado 5 destacó el impacto de un profesor de biología que, al enseñar sobre anatomía humana, despertó su curiosidad por el cuerpo humano: “al

pasar a sexto Medicina, tuve un docente brillante, el cual también había sido docente en quinto biológico [...] le metió una pasión tremenda a todo lo que era anatomía [...] él fue quien despertó esa curiosidad” (E5).

Estos profesores inspiradores favorecieron experiencias de aprendizaje positivas en los estudiantes, generando motivaciones intrínsecas para el interés en un área del conocimiento. La motivación, en estos casos, parece no limitarse al aula, sino que se transforma en curiosidad proyectada en decisiones vocacionales. En este sentido, puede pensarse, en la línea de lo planteado por Brookfield (1995), que la docencia eficaz no solo transmite información, sino que ayuda a los estudiantes a conectar las ideas con su propia vida, dotando de significado a lo aprendido.

En aquellos entrevistados cuyos padres eran médicos, se reconoció que esta experiencia tuvo cierta influencia en la elección de la carrera. Así lo expresa el entrevistado 1: “supongo que la influencia de mi madre también estuvo ahí”. Este caso se aproxima a lo que Bourdieu denomina capital cultural heredado, en el sentido de que la trayectoria familiar –en este caso médica– abre posibilidades de identificación y legitima determinadas elecciones. Como sostienen Bourdieu y Passeron en *Los herederos* (2003), la elección de carreras prestigiosas, como Derecho o Medicina, no puede desvincularse de la herencia cultural y simbólica de las familias, que transmite tanto recursos como disposiciones hacia la cultura. Desde esta perspectiva, la vocación por la medicina aparece menos como una decisión individual aislada y más como el resultado de un proceso de transmisión social que el sistema educativo contribuye a validar.

Por su parte, el entrevistado 3, a pesar de que uno de sus padres es médico, no formuló ningún pasaje que vinculara esa condición familiar con la elección de la carrera. Esta omisión puede responder a diversos motivos; aunque, resulta pertinente considerar lo señalado por Bourdieu y Passeron: “el silencio avergonzado, la mentira a medias o la ruptura proclamada son las tantas maneras de tomar distancia con la idea insopportable de que una determinación tan poco elegida pueda determinar a alguien ocupado por completo en elegirse” (*op. cit.*, p 61).

En general, la mayoría de los entrevistados contó con el apoyo de sus padres al comunicarles su vocación. Como relata el entrevistado 4:

Me acuerdo que venía en el ómnibus para casa y le escribí a papá, me preguntó cómo me había ido [en la recorrida del liceo por la Facultad de Medicina] y le dije que quería ser médica y me dijo: ‘bueno, vamos para adelante’, y mamá también. (E4)

No obstante, en algunos casos la situación económica familiar fue un punto que planteó un dilema entre la elección de la carrera y la necesidad de insertarse en el mundo laboral. Así lo refiere el entrevistado 5:

Ella [su madre] decía que una carrera tan larga trabajando es muy difícil. ‘Busca una carrera más corta que por lo menos te puedas mantener y tener tus gastos’, porque la situación económica en casa no era como para mantener a un estudiante de medicina, que son tantos años. (E5)

Algo similar expresó el entrevistado 6, proveniente de un departamento del interior del país, quien se enfrentó a las dificultades de sustentarse en Montevideo. En su caso, se barajaron alternativas como realizar inicialmente una carrera terciaria o tramitar becas de apoyo económico. Esto se explica porque, para este entrevistado –y para el resto de los estudiantes provenientes del interior del país–, el acceso a los institutos de formación docente resulta más factible como proyecto. En sus palabras:

Al venir del interior súper limitado económicamente, me parecía que medicina era una carrera que no podía ser. A priori, parece que nada era infinanciable para lo que era un núcleo familiar en ese momento. Entonces, prefería hacer una carrera corta que me brindara inserción laboral rápida y ahí, pues, después poder seguir formándome. (E6)

[mi madre] quería que hiciera el profesorado primero y después me pusiera a hacer otra cosa. [...] me informé lo suficiente como para venir becado por el Fondo¹³. (E6)

Estos relatos muestran que la elección de la carrera de medicina por parte de los entrevistados fue influenciada por una combinación de intereses personales hacia la biología

¹³ Se refiere al sistema de becas del Fondo de Solidaridad.

humana, experiencias escolares y liceales, el impacto de docentes inspiradores, la influencia familiar y, en algunos casos, consideraciones económicas. Desde un marco analítico, podría interpretarse que mientras el capital cultural familiar orienta hacia la medicina, el capital económico introduce limitaciones objetivas que condicionan la posibilidad de sostener esa trayectoria. Tal como plantean Bourdieu y Passeron (*op. cit.*), el sistema educativo no solo consagra las elecciones, sino que distribuye las posibilidades de acceso de acuerdo con la herencia social, reproduciendo así desigualdades preexistentes.

La trayectoria de E6 pone de relieve que el origen territorial incrementa el peso del capital económico. Este factor se vincula con lo que Bourdieu (1986, p. 25) define como la “convertibilidad” de los distintos tipos de capital: en ausencia de capital económico suficiente, el capital cultural puede resultar insuficiente para sostener la vocación.

A lo anterior se suma la experiencia del entrevistado 5, en la que las dificultades económicas y familiares se tradujeron en recursar cursos, postergar exámenes e incluso “perder un año” en el transcurso de la carrera. El recorrido del entrevistado 6, por su parte, estuvo marcado por haber ingresado con mayor edad que sus compañeros y por el desafío de sostener una carrera larga desde una posición de vulnerabilidad económica, colocándolo en una trayectoria distinta a la de otros estudiantes. Estas experiencias concretas dialogan con lo planteado por Bourdieu y Passeron, cuando señalan que “la última manifestación de la desigualdad ante la educación se expresa en el retraso y el estancamiento de los estudiantes provenientes de las clases más desfavorecidas” (*op. cit.*, p. 21). En este sentido, los atrasos de los entrevistados 5 y 6 no aparecen como simples contingencias individuales, sino como expresiones de una desigualdad estructural que condiciona la posibilidad de sostener la vocación médica en igualdad de condiciones.

6.2.2. Representaciones iniciales sobre el ser médico

Las evocaciones de los entrevistados indican que, en sus inicios, las representaciones sobre lo que implicaba ser médico eran incipientes y poco elaboradas. Esto puede deberse, en parte, a un posible sesgo de memoria, dado que los participantes se encuentran en el último año de una carrera de siete años, lo cual dificulta recordar con precisión sus percepciones.

En el relato del entrevistado 1 se percibe esta indefinición, cuando reconoce que: “no sé ni qué me proyectaba, porque no sabía qué hacer” (E1). Tal testimonio refleja lo que Cruess y Cruess (2006) sostienen respecto a la identidad profesional de que no está dada de antemano, sino que se construye de manera progresiva a lo largo de la formación y del contacto con la práctica médica.

En el caso del entrevistado 3, la imagen inicial estaba atravesada por la profesión de uno de sus padres, al señalar: “supongo que la influencia de mi madre también estuvo ahí” (E3). Esto hacía que la medicina se le presente como un horizonte casi naturalizado, lo que se vincula, como ya se mencionó, con el capital cultural heredado (Bourdieu y Passeron, 2003), es decir, aquellos recursos simbólicos y disposiciones transmitidas por la familia. En este sentido, tener uno de los padres médicos no sólo legitima la elección de la carrera al inscribirse dentro de una tradición familiar de prestigio, sino que también proporciona un conocimiento temprano del mundo de la medicina.

El entrevistado 5 enfatiza la escasa presencia de la figura médica en su vida cotidiana, recordando que “no estuvo tan presente, más allá de los controles pediátricos y controles en salud esporádicos como carné de salud” (E5). Aquí se observa que la medicina aparecía ligada a rituales sanitarios puntuales más que a una vivencia cercana de la profesión. En términos de Geertz (1973), estos significados iniciales pueden comprenderse como parte de un marco cultural compartido, donde la figura del médico circulaba como un símbolo social disponible, aunque distante de la experiencia personal directa.

Ahora bien, como señala Barrán (1993), “los sectores dirigentes de la clase médica buscaron crear una imagen de la profesión, tanto para moldear con ella a sus futuros integrantes –los estudiantes de medicina–, como para convencer a la sociedad de que así eran, en efecto, los médicos” (p. 102). En este sentido, los entrevistados no solo eran receptores de representaciones sociales generales, sino también de un imaginario cuidadosamente construido para consolidar la identidad de la profesión.

El entrevistado 6 añade otro matiz al señalar sobre las representaciones iniciales de ser médico se relacionan, en su caso, con “la visión que uno tiene desde chico, ¿no? En el interior...esa visión más acotada, lo que es el primer nivel, que es con lo que uno primero toma contacto” (E6). Agrega “siempre me atrajo como en la policlínica, [...] me parecía más

o menos que la medicina era eso” (E6). Su testimonio muestra cómo, para algunos estudiantes, la medicina se asociaba exclusivamente a escenarios cotidianos del médico del pueblo, donde la polyclínica barrial se convertía en una sinédoque de toda la medicina.

Esta mirada también está atravesada por su condición de estudiante del interior del país, donde la figura del médico ocupa un lugar singular en el entramado social. Como explica Barrán (1993), “en el interior, el médico se asimilaba en algo al modelo pregonado desde la ‘clase’, al prestigio otorgado por la cura ‘milagrosa’ sumaba el representar al saber de la ‘ciencia’, lo que, al menos entre ciertas personas y clases sociales, era otra virtud” (p. 107). En este sentido, la representación del entrevistado 6 expresa el prestigio social histórico que la medicina ha tenido en los grupos tradicionales del interior, donde se amalgamaban curación, ciencia y autoridad social.

En conjunto, estos relatos permiten sostener que los estudiantes no ingresaron a la Facultad con una identidad profesional consolidada, sino con imágenes fragmentarias influenciadas por el imaginario social del médico y por experiencias personales limitadas. Mientras que la cultura contribuía a proyectar al médico como héroe, sabio o filántropo (Barrán, 1993), los entrevistados recordaban contactos mucho más modestos, como la polyclínica, carné de salud o los controles pediátricos. Esta distancia entre el imaginario social exaltado y las vivencias personales confirma que las representaciones iniciales eran difusas, y que solo a partir de la formación universitaria comenzaron a complejizarse, transformando progresivamente el modo en que los estudiantes concebían lo que significa ser médico.

6.3. Evolución de las visiones de ser médico durante la formación universitaria

La evolución de los significados que los entrevistados atribuyen al ser médico se organiza en función de los bloques curriculares definidos en el plan de estudios: primer trienio, segundo trienio, y práctica pre-profesional supervisada. Cada uno de estos bloques presentan características diferenciadas en cuanto a contenidos curriculares, escenarios de aprendizajes (laboratorios, comunitario, polyclínicas, hospital), y el grado de participación de disciplinas biomédicas y clínicas.

6.3.1. Primer trienio: choque entre la realidad social y la realidad académica

Este período abarca los tres primeros años de la carrera y se caracteriza por una formación en salud pública, bioestadística, salud comunitaria, metodología de la investigación y el estudio de las estructuras y funciones normales del cuerpo humano. Durante este tramo, el contacto con la clínica no está prevista en el currículo en acción.

El ingreso a la Universidad implica, particularmente en el primer año, un “choque” o impacto institucional, producto del contraste entre las experiencias educativas previas en el liceo y las exigencias del nuevo entorno universitario. Este proceso de transición se ve intensificado en el caso de estudiantes del interior del país, quienes deben además adaptarse a un nuevo contexto de vida en Montevideo.

Tal como ocurrió con las representaciones iniciales sobre ser médico, los recuerdos de los estudiantes de sus primeros días en la Facultad son, en general, vagos o imprecisos. Como relata un estudiante: “no tengo recuerdo del primer día, la verdad...del primer año en general, que me gustaba ir a los teóricos, estudiar, ir a la biblioteca de Química¹⁴” (E1).

Ese impacto aparece también en la experiencia social del ingreso. Para algunos, significó abrirse a un mundo nuevo: “pasé toda la vida en una misma institución, con la misma gente. Conocer gente de otros lados estuvo bueno; me chocó, pero para bien” (E2). Para otros, la vivencia inicial estuvo marcada por la magnitud del ingreso masivo: “muchá expectativa de lo que se venía...una locura que fuéramos 1996 [estudiantes], todos puestos para ser médicos...Y después ver que la estadística decía que los que llegaban eran 500 o 600 máximo” (E5).

Sobre este asombro ante la masividad estudiantil y la posterior reducción de la cohorte, resulta pertinente lo planteado por Bourdieu y Passeron (1996) en *La reproduction*, cuando describen el papel de las instituciones educativas en los procesos de consagración y exclusión. La institución no solo transmite saberes, sino que reproduce y legitima la desigualdad social, creando mecanismos de exclusión para quienes no poseen el capital cultural dominante. La universidad no solo abre las puertas a un número elevado de

¹⁴ En el primer trienio se utilizan los aularios de la Facultad de Medicina en el Edificio Anexo “Alpargatas”, espacio compartido con la Facultad de Química.

aspirantes, sino que, desde el inicio, instala un mecanismo de selección social que naturaliza la desigualdad en los recorridos académicos. El testimonio del entrevistado 5 –“éramos 1996 [...] después quedaban 500 o 600”– ilustra esto, donde la magnitud de la cohorte inicial y el descenso progresivo de la generación no se perciben únicamente como un fenómeno cuantitativo, sino como parte de un dispositivo simbólico que legitima quiénes logran consagrarse como futuros médicos y quiénes quedan por fuera.

Bajo esta mirada, Errandonea (2024) incorpora una lectura temporal de las trayectorias educativas, basándose en la noción de *tiempo vital*, que “permite analizar cómo los procesos de formación se vinculan con los orígenes sociales y con los marcos institucionales que ordenan la inversión de tiempo en educación y su impacto en acumulación de capital humano” (p. 4). Los aportes de Boudon (1970; 2006 citados por Errandonea), ayudan a comprender las decisiones educativas como procesos atravesados por las capacidades académicas –efectos primarios– y por las expectativas y aspiraciones sociales –efectos secundarios–.

Por ello, la deserción o la permanencia se comprenden como decisiones condicionadas por los recursos y expectativas de los sujetos, donde los costos y riesgos asociados al fracaso académico se distribuyen de forma desigual dependiendo el origen social. En palabras de Errandonea “aquellos desfavorecidos por los mecanismos sistémicos tienen mayores chances de fracaso escolar, mientras que quienes no pueden permitirse fracasar evitan el deterioro de su posición social de origen” (*op. cit.*, p 4).

Desde otra teoría, la deserción estudiantil se explica por el Modelo de Interacción de Tinto (1995, citado por Díaz Peralta, 2008), que sostiene que la permanencia en la universidad depende en gran medida de los procesos de integración académica y social del estudiante. En este marco, no basta con el desempeño individual, sino que las redes de apoyo y los vínculos con compañeros y docentes resultan determinantes para sostener la trayectoria. Tal como recuerda E4: “justo un compañero viajaba desde el [interior, se omite lugar para preservar anonimato], llegamos y nos hicimos amigos, cuando nos bajamos del ómnibus y nos fuimos juntos los dos y de ahí fue como tremendo apoyo” (E4).

En otros relatos, el impacto institucional aparece vinculado tanto a la novedad del entorno como a la necesidad de generar vínculos: “me fue más chocante, pero yo creo que

todo servía, o sea sí, también para conocer gente, para generar más vínculos” (E4). El entrevistado 3 lo sintetiza en la impresión del espacio físico y la masividad: “un lugar nuevo, lugar grande, mucha gente que no conocía” (E3).

A su vez, se advierten diferencias entre los casos asociadas al capital cultural acumulado en la educación secundaria. Quienes provenían de colegios privados reconocieron haberse sentido mejor preparados para afrontar asignaturas básicas del primer trienio: “No fue tanto como se esperaba. De hecho, en los primeros años no iba mucho a clase porque no le veía mucho sentido, estudiaba mucho en casa, no me aparecía como difícil” (E3). El entrevistado 2 expresa:

Noté en biología celular la diferencia que yo tenía por haber ido a un colegio, que tenía una buena profesora de química y medicina, comparado a otros compañeros que, como que arrancan de cero, tenían que repasar cosas que yo ya sabía. (E2)

En contraste, para quienes cursaron en liceos públicos, el ingreso supuso un esfuerzo mayor: “siempre me había ido bien en el liceo, no me llevaba ninguna materia [...] Fue chocarme con algo que nunca me había pasado” (E4). El mismo entrevistado agrega una interpretación interesante sobre el primer semestre: “siento que fue como el semestre nivelador, que era el que te introducía. Bueno, yo me acuerdo del primer parcial que fue cuando caí en consecuencia” (E4).

Tal como explican Bourdieu y Passeron (2003), el rendimiento académico inicial suele reflejar la distribución desigual del capital cultural entre los estudiantes, más que las diferencias estrictamente individuales de talento o esfuerzo.

Respecto a los contenidos curriculares, los estudiantes recuerdan los cursos del primer trienio como demasiado detallados en lo biológico. Cabe aclarar que este bloque se caracteriza por la composición de su cuerpo docente, integrado mayoritariamente por docentes que no provienen del campo médico, sino de disciplinas del área de la biología o la bioquímica. El entrevistado 1 comenta: “mucho en detalle, pero en lo básico considero que queda, pero se disfrutó de esos cursos. Todo segundo fue un engaño académico” (E1). Algo

similar plantea el entrevistado 4: “me acuerdo anatomía¹⁵ que los de los primeros días ya estábamos dando neuroanatomía, y fue abrumante cuando me di cuenta todo lo que teníamos que saber [...] ahí ya entré más o menos en crisis” (E4). Otro señala: “...anatomía era como el gran desafío, era la materia ‘miedo’” (E6).

A estas impresiones se suman vivencias en otros cursos básicos: “...de fisiología yo no me acuerdo, pero sé que las vi” (E2); “DREMDR¹⁶ sí fue también abrumador. Fue uno de los que el curso de fisiología de los más abrumadores” (E4); “de neuro¹⁷ la verdad no tengo mucho, sí me acuerdo fue un curso difícil” (E5). El entrevistado 6 destaca que:

El nivel que tenía el curso [de cardiovascular y respiratorio¹⁸] [...] me generó como una aversión por cardio. Más adelante, cursando médica y empezando a interiorizarme en las clínicas, siempre tengo como una aversión por lo cardiológico y yo creo que me quedó de ese momento. Esas cosas te marcan. (E6)

Estas experiencias pueden leerse a la luz de lo planteado por Bernstein (1985), en tanto la fuerte clasificación del currículo básico-biológico –biología celular, anatomía, fisiología, inmunobiología, histología– y el enmarcamiento rígido de los cursos, operan como una forma de socialización disciplinar temprana. No solo transmiten contenidos, sino que instauran una manera específica de aproximarse al conocimiento y de jerarquizarlo. De este modo, la configuración del currículo moldea disposiciones afectivas hacia determinadas áreas de la medicina, generando adhesiones o resistencias que acompañan al estudiante a lo largo de su trayectoria.

Continuando lo anterior sobre las características del currículo y las prácticas de enseñanza en el primer trienio, los entrevistados señalaron que, más allá de la sobrecarga de detalle en algunos cursos, varias asignaturas dejaron aprendizajes que consideran necesarios para su formación médica. El entrevistado 1 lo resume al afirmar: “siempre te puedo decir

¹⁵ En segundo año se encuentra la UC “Anatomía clínica y bioética”, conformada por las disciplinas de igual nombre.

¹⁶ La abreviación hace referencia a la UC “Digestivo, Renal, Endocrino, Metabólico, Reproductor y Desarrollo” de tercer año, llevada a cabo por bioquímica, fisiología, genética, histología y embriología.

¹⁷ Se refiere al curso de la UC “Neurociencias” (fisiología) de segundo año.

¹⁸ La UC “Cardiovascular y respiratorio”, correspondiente al segundo año, está integrada por fisiología, bioquímica y biofísica.

que el Celular¹⁹ no me aporto, pero igual es importante hacerlo” y agrega “anatomía, sí, obviamente que los detalles ya no los recuerdo, pero anatomía es sumamente importante” (E1). En la misma línea, el entrevistado 3 destaca el valor de contar con bases sólidas en los primeros años: “en los primeros años vas más a la base, no puedes tocar una panza sin saber dónde está el hígado, por ejemplo” (E3). Por su parte, el entrevistado 4 resalta el aporte de asignaturas como salud pública, que abrieron perspectivas más amplias sobre el sistema sanitario: “salud pública²⁰ también estaba bueno porque era aprender del sistema de salud, que había cosas que yo no tenía ni idea” (E4).

El primer trienio también introdujo actividades curricularizadas de Extensión Universitaria (EU)²¹, vividas con valoraciones dispares. Para algunos resultaban poco significativas: “no me produjo nada, me parecía que era poca medicina, porque todavía no íbamos a una policlínica” (E2). Otros reconocieron su aporte recién con el tiempo: “tuvimos que dar una clase, [...] me tocó seguridad vial, [...] viéndolo desde ahora resulta más interesante conocer Ciudad Vieja; en el momento capaz que no estaba tan consciente” (E1). Otros, en cambio, valoran positivamente estos espacios: “hicimos un taller en Florida para liceales. Hicimos sobre drogas en general, sobre todo, siento que sirvió eso, para volcar parte de ese conocimiento” (E5).

Si bien en su momento los estudiantes no lograban identificar con claridad el vínculo de estas experiencias con la formación médica, ahora que están próximos a egresar reconocen su aporte como prácticas de enseñanza situadas en las realidades de las comunidades. Como destaca Carlevaro (2014, p. 183): “la docencia en la comunidad no solo permite la aplicación del conocimiento ya adquirido sino la prestación de un servicio [...] que genera beneficios a dadores y receptores [...] la relación con la gente, humaniza”. En esta clave, la EU aparece hoy valorada por los estudiantes como un aporte a la humanización en su formación médica.

Así, el primer trienio dejó marcas ambivalentes: exigencias académicas, aprendizajes biomédicos detallistas, y experiencias de extensión que, aunque inicialmente poco

¹⁹ Se refiere a la UC “Biología Celular y Molecular” de primer año, integrada por bioquímica, biofísica, histología y genética.

²⁰ En el primer semestre, del primer año, se encuentra la UC “Salud Pública y humanidades”, conformada por medicina preventiva y social, sociología de la salud, administración de servicios de salud y bioética.

²¹ La curricularización de la EU se da durante todo el primer año a través de las unidades curriculares “Aprendizaje en territorio” I y II, a cargo del Espacio de Formación Integral de igual nombre. Estas unidades curriculares están integradas por medicina familiar y comunitaria y psicología médica.

comprendidas, hoy los estudiantes reconocen como parte esencial de una formación médica humanizada. Estos contrastes anticipan las transformaciones que, en el segundo trienio, complejizarán aún más sus visiones sobre el ser médico.

6.3.2. Segundo trienio: experiencias clínicas y acercamiento con la profesión

Este bloque, que comprende del cuarto al sexto año, se caracteriza por una inmersión progresiva del estudiante en la formación clínica, en diferentes escenarios: policlínicas de primer nivel de atención y en centros hospitalarios de segundo y tercer nivel. En paralelo, se cursan disciplinas biomédicas que complementan la comprensión de las patologías médicas y quirúrgicas, así como su abordaje terapéutico. Se incorpora, además, un ciclo de formación en metodología científica que culmina con la realización de una monografía.

Respecto a los primeros acercamientos a la clínica²², en el contacto con los pacientes, los entrevistados manifiestan sensaciones de desconcierto e inseguridad que se inscriben en un patrón ya documentado en la literatura. El testimonio del entrevistado 2: “ese fue como el choque más así, más que yo sentía que no sabía nada” (E2), muestra la vivencia de una irrupción abrupta en la práctica. Algo similar expresa el entrevistado 4, al señalar que la dificultad inicial radicaba en “más que nada los conceptos, las palabras clínicas, o sea, las definiciones de que el lenguaje es diferente. [...] era todo como mucho dato y al principio sí fue abrumador, después se va llevando mejor” (E4); lo que evidencia que el choque no solo fue con los escenarios clínicos, sino también con la necesidad de aprender un nuevo léxico profesional.

Frente a estas vivencias, algunos estudiantes rescatan que, pese a la inseguridad inicial, había instancias que los acercaban a la identidad médica, como afirma el entrevistado 5: “sobre esa experiencia de también sentirse un poquito, y más cerca, de médico que otra cosa, más cerca también de interna²³” (E5).

²² Tener presente que este contacto con la clínica se da cursando tres unidades curriculares de cuarto año, “Ginecología-neonatología” (clínicas ginecotológicas, neonatología, salud mental, psicología médica, medicina legal), “Pediatría” (clínicas pediátricas, clínica quirúrgica pediátrica, medicina legal, emergencia pediátrica) y “Medicina en el primer nivel de atención” (medicina familiar y comunitaria, imagenología y laboratorio clínico).

²³ Se refiere a la UC “Clínica médica”, ubicada en quinto año. Está encabezada por medicina interna, al que se le suman psiquiatría, medicina legal, bioética y psicología médica.

Estos relatos se enlazan con lo señalado por Lee, Kim y Kang (2024), quienes describen esta transición como un proceso que comienza con etapas de “anticipación y ansiedad”, en las que los estudiantes experimentan sentimientos de incompetencia, confusión y desajuste frente a la comunidad de práctica y al nuevo lenguaje profesional. De manera convergente, el estudio de Malau-Aduli *et al.* (2020) muestra que esta fase está atravesada por elementos “disruptivos”, la percepción de inadecuación de conocimientos y la socialización en una nueva cultura médica. Los estudiantes refieren sentimientos de estrés ante la brecha entre la teoría preclínica y la práctica real, lo que los obliga a reorganizar sus modos de aprendizaje. El mismo estudio señala que, progresivamente, los estudiantes desarrollan estrategias de afrontamiento con el apoyo entre pares y aprendizaje autodirigido, que no solo reducen la ansiedad, sino que también facilitan su socialización profesional.

En la transición hacia el segundo trienio, la entrada al campo clínico –con las percepciones iniciales de desconcierto en los estudiantes– es ilustrativa del pasaje de un rol pasivo de observador a un rol activo en la consulta médica. Esto se relaciona con el concepto de *legitimate peripheral participation* de Lave y Wenger (1991) en el aprendizaje situado. Los autores proponen que los estudiantes recién llegados (*newcomers*) ingresan a la práctica clínica desde un rol más “periférico”, de observación de la práctica de los profesionales ya instalados (*old-timers*). Lo hacen desde la inseguridad y bajo dominio de saberes, pero progresivamente, con la experiencia, van adquiriendo destrezas que les habilitan un acceso más central a las prácticas, es decir, se integran cada vez más a la comunidad de práctica: “el significado del aprendizaje se configura a través del proceso de convertirse en un participante completo en una práctica socio-cultural” (*op. cit.*, p 29).

En Medicina Familiar y Comunitaria²⁴, los relatos refieren diferencias entre las experiencias de cuarto y sexto año. En cuarto año, varios percibieron que el curso fue breve y poco aprovechable: “me decepcionó completamente, yo esperaba un curso más, como quizá médica, ir en forma continua, y la verdad es que teníamos seis semanas de concurrencia” (E3). El entrevistado 1 reflexiona sobre esto:

²⁴ Esta especialidad clínica se encuentra en dos unidades curriculares anuales en el segundo trienio: UC “Medicina en el primer nivel”, en cuarto año; y la UC “Medicina Familiar y Comunitaria/ Psicología Médica/ Salud mental en comunidad”, en sexto año.

Ahora que me estoy dando cuenta de cuarto, el consultorio era muy chico y entrábamos de a dos. Me acuerdo de que no aprendí nada. La docente de medicina familiar nos decía que queríamos todo, y en realidad no. Tampoco habíamos pasado por medicina interna. (E1)

En cambio, otros casos valoraron el contacto directo con pacientes adultos en el primer nivel de atención:

la docente [de medicina familiar] era muy buena y veíamos pacientes, esos pacientes adultos que no veíamos porque nosotros estábamos en pediatría, veíamos niños, entonces era lindo eso porque todo era como ver otra faceta del médico y ahí sí veía como la responsabilidad de este. (E4)

Sí, me sirvió, sí, porque era en ese momento, era el mayor contacto que tenía con los pacientes, o sea, ahí era donde veía medicina, porque gine y pediatría, no, no estaban aportando nada. Porque aparte en pediatría no estamos haciendo policlínica, entonces no veíamos gurises. Sin embargo, mi contacto con los pacientes se empezó a hacer a través del primer nivel, mis primeros pacientes a los que pude interrogar y hacer examen físico fueron ahí. (E6)

En quinto año, el pasaje a Medicina Interna en el ámbito hospitalario representó la consolidación de competencias clínicas fundamentales:

A mí me re gustó quinto, era como mucha más medicina, el sentir que yo aprendería mucho más si no nos metieran todo como al palo, porque eran unos meses, nos tenían que cursar todos juntos. (E2)

Es el año más importante de la carrera sin lugar a duda, todo lo que lo que hay que aprender para ejercer la medicina lo aprendemos ahí, en la medicina interna. Sin lugar a duda, quinto es un año que tenía que estar enfocado con mucha más seriedad, con mucho más compromiso. (E6)

Esta valoración responde a una tradición histórica que situó al hospital como escenario privilegiado de la enseñanza clínica. Ya en el Informe Flexner (1910) se establecía

que la educación médica debía apoyarse en la ciencia biomédica y en la práctica hospitalaria. Tal orientación generó una visión hospitalocéntrica que aún hoy predomina y que refuerza la idea de que la medicina “verdadera” se aprende en el hospital. A su vez, este recinto –el hospital– se convirtió en el centro simbólico y organizativo de la práctica médica, siendo la medicina hospitalaria asociada a prestigio, poder y legitimidad profesional (Starr, 1982). La historia de la medicina en Uruguay no es ajena a estos procesos, ya que el sistema de salud se inició con hospitales estatales, desde donde los médicos se asociaron con el Estado como agentes transmisores de cultura y conductas modernas a los sectores populares urbanos y rurales (Barrán, 1992).

En este marco, la Medicina Interna se vuelve sinónimo de la profesión misma, al condensar saberes técnicos, contacto con patologías complejas y pertenencia a un espacio simbólicamente jerarquizado. Como menciona Hafferty (1998), esta centralidad no proviene solo del currículo prescripto, sino también del currículo oculto que transmite la jerarquía hospitalaria como referente máximo de la formación.

En contrapartida, la formación en el primer nivel de atención tiende a ser percibida como secundaria, menos prestigiosa o “poco médica”. Starr (1982) advierte sobre cómo el modelo hospitalario desplazó a la atención primaria. Asimismo, Starfield (1998) en *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*, muestra que esta desvalorización responde más a jerarquías históricas de la profesión que a una falta de relevancia sanitaria. De hecho, se generan fragmentaciones y desigualdades, ya que es precisamente la Atención Primaria de Salud la que constituye la base de los sistemas de salud más sólidos, eficientes y equitativos (Starfield, 1998).

En sexto año, la unidad curricular de cirugía generó reacciones variadas, tanto sobre los conocimientos aprendidos como de las instancias clínicas, tal como expresan dos entrevistados: “me aportó conocimientos de cirugía en general” (E1) y “en la clínica quirúrgica no vi casi pacientes, pero la teoría me parecía fácil de estudiar” (E2).

En estos trayectos por el segundo trienio, los estudiantes se enfrentaron a la práctica clínica y a interactuar de manera más estrecha con pacientes, docentes y equipos de salud. Esta etapa no solo transmite aprendizajes formales ligados al currículo explícito, sino también significados que emergen del currículo oculto –lo que se aprende en la práctica sin estar

oficialmente prescripto en los programas— (Da Silva, 1999; Torres, 2005). En el caso de la formación médica, como plantea Hafferty (1998), este currículo oculto se manifiesta en las dinámicas cotidianas de los hospitales y policlínicas: en los modos de relacionarse con los pacientes, en las jerarquías entre profesionales y en las actitudes y valores implícitos que transmiten los docentes. Así, junto con el aprendizaje técnico, los estudiantes van absorbiendo modelos de comportamiento que influyen en su identidad profesional, muchas veces incluso más que los contenidos curriculares explícitos.

Los fragmentos de los entrevistados muestran que esta dimensión está presente. Por ejemplo, el entrevistado 6 refiere que en el contacto con pacientes del primer nivel “ahí sí veía como la responsabilidad de este” (E6), lo cual no proviene de un contenido teórico, sino de la observación de la práctica médica en contextos reales. De manera similar, el entrevistado 4 valora que en Medicina Familiar pudo “ver otra faceta del médico” al atender adultos en policlínica. Estos pasajes confirman que los estudiantes aprenden no solo procedimientos clínicos, sino también significados asociados al “ser médico” que emergen de la experiencia situada.

En relación con los cursos transversales de patología médica y terapéutica y patología quirúrgica²⁵, los entrevistados señalaron que estos aportes fueron relevantes para conectar la teoría con la práctica. Como menciona el entrevistado 5: “ver los primeros virus, las primeras bacterias, [...] Es la primera aproximación a lo que era antibióticos, me acuerdo y también otro curso complicado” (E5). Otro estudiante resalta: “patología médica [...] era un poco parte de lo que era Medicina Interna, también era un poco bastante complementario” (E1); algo muy similar ocurrió con el curso de patología quirúrgica “...era bastante parecido a lo que dábamos en la clínica o bastante a la par, entonces era como un repaso de lo que era la que era la clínica” (E5).

El entrevistado 3 plantea que resulta necesario contar con formación básica sobre patología para entender luego la clínica: “no puedes entender lo que pasa dentro del cuerpo si no sabes cómo funciona un tejido con shock, osea, lo básico tiene lo suyo, pero la clínica

²⁵ En cuarto año se encuentra la UC “Bases científicas de la patología”, participan disciplinas como bacteriología y virología, parasitología y micología, fisiopatología, farmacología, anatomía patológica. En quinto año se encuentra la UC “Patología médica y terapéutica”, integrado por anatomía patológica, toxicología, salud ocupacional, básico de medicina y farmacología. En sexto año, está la UC “Patología quirúrgica”, llevadas a cabo por anatomía patológica y el básico de cirugía.

también es poner en práctica todo lo que sabes de lo básico” (E3). Esto se suma a la impresión del entrevistado 2 sobre cómo aportaron a su formación los contenidos de patología: “por igual todos, veo cosas ahora qué digo ¡esto lo dí en algún momento!” (E2), agrega “farmacología y eso no, no aprendí mucho, lo aprendí después más adelante” (E2).

Estos aprendizajes de la patología se vuelven significativos cuando logran aplicarlos en la práctica clínica. Por ejemplo: “parasitología, era impresionante que lo dábamos justo con pediatría, entonces era con correlaciones clínicas y pensábamos ¡Ah, sí, tal paciente, tal cosa!...obviamente una se lleva esas cosas” (E4); o como señala el entrevistado 2: “aprendí más en la clínica por aprender los mismos temas, lo estudiábamos para la clínica que para el básico” (E2).

También señalan que hubo contenidos de patología que quedaron en el plano estrictamente teórico, sin llegar a tener aplicación clara en la clínica: “anatomía patológica no lo he aplicado, obvio que es importante” (E1), “...hay cosas que vi ahí que no oí nunca más, por ejemplo, parasitología” (E2).

Los estudiantes enfatizan que ya en cuarto año tenían la necesidad imperiosa de adentrarse en la clínica, de ver pacientes: “...me acuerdo de llegar como queriendo salir de lo teórico, queriendo meterme en lo práctico y querer pasar al hospital [...] todo lo que decíamos era eso, estoy cansado del libro, estoy cansado de esto, quiero meterme ya a ver pacientes” (E5).

De esta forma, las prácticas clínicas pueden entenderse como instancias de educación experiencial, en la línea de lo planteado por Camilloni (2013). La autora sostiene que este enfoque busca relacionar el aprendizaje académico con la vida real, situando al estudiante en escenarios auténticos donde pone a prueba sus saberes, reflexiona sobre ellos y construye significados que difícilmente podrían lograrse en contextos simulados. La entrada en la clínica –con su complejidad, incertidumbre y situaciones imprevistas– habilita precisamente ese tipo de aprendizajes auténticos, en los que el estudiante se ve compelido a integrar teoría y práctica, tomar decisiones y reconocer las consecuencias de sus intervenciones. Esto se refleja en las vivencias de los entrevistados, que relatan cómo el paso de la teoría a la práctica implicó tanto desconcierto como un progresivo acercamiento al rol médico: “ese fue como el choque más así, más que yo sentía que no sabía nada” (E2); “sobre todo, sobre esa

experiencia de también sentirse un poquito, y más cerca, de médico que otra cosa” (E5). Estos testimonios muestran cómo la experiencia clínica funciona como un puente entre el currículo y la construcción de una identidad profesional.

En cuanto a los contenidos psicosociales, el entrevistado 6 enfatizó su relevancia y criticó la desvalorización persistente en la cultura médica:

Todos los contenidos de Psicología médica que tiene la carrera son utilísimos y habría que jerarquizar incluso mucho más esa parte de la formación porque se menoscopia permanentemente por parte de los de los alumnos, por parte de los docentes de otras especialidades que le dan poca bola este, y estaría bueno que se empezara a tomar con más seriedad. Eso porque en la medicina uruguaya sabemos que le falta humanidad. (E6)

Aquí aparece un contrapunto clave interpretado por el estudiante sobre cómo sus pares y docentes ponderan las competencias de “saber” y el “saber hacer” por encima del “saber ser”. Este señalamiento no constituye un hecho aislado, sino que se inscribe en un fenómeno más amplio, documentado a nivel internacional. Como plantean Correa-Rivero & Isern (2025), la deshumanización de la educación médica se explica, en gran parte, por la relegación de estas dimensiones en los currículos, lo que reproduce una formación centrada en lo técnico y contribuye a la pérdida de sensibilidad hacia la persona del paciente. Los autores sostienen que “ayudarlos [a los estudiantes] a ser entrenados de manera integral en humanismo los convertirá en médicos empáticos y comprensivos, y muchos de ellos serán catalizadores responsables, directos o indirectos, para otros cambios estructurales” (*op. cit.*, 6). Cabe aclarar que el currículo prescripto de la Facultad de Medicina incluye disciplinas psicosociales –psicología médica y bioética– en la mayoría de los años, en especial los clínicos; por lo tanto, la percepción de entrevistado 6 parece estar más vinculada al currículo oculto y dinámicas en acción que a una ausencia formal en el plan de estudios.

Finalmente, los ciclos de metodología científica²⁶ fueron vividos por algunos como instancias motivadoras en términos académicos:

²⁶ Se imparten por medicina preventiva y social, métodos cuantitativos y bioética en el último trimestre de tercer año y en el primer trimestre de sexto año. El segundo ciclo finaliza con la elaboración de una monografía por parte de los estudiantes.

Motivación y ganas de eso, de la investigación. Además, tanto tiempo pensando en la investigación que sea el primer proyecto, si bien era más algo así, más estadístico de encuesta y demás, no era tanto más investigación, algo más, así como yo pensaba antes molecular y laboratorio. Estuvo bueno y fue a aplicar todo eso que habíamos, sobre todo, empezado a dar en lo que era tercero. (E5)

Esta percepción de los estudiantes sobre los cursos de metodología científica, recordados como centrados en “lo estadístico, en encuestas”, pone de manifiesto un sesgo hacia las perspectivas cuantitativas que se vinculan con la impronta del modelo biomédico hegemónico. Como advierte Menéndez (2003), este modelo privilegia la objetividad cuantificable y la reducción de la complejidad social a variables medibles, lo que conlleva a invisibilizar las experiencias subjetivas y los contextos culturales de los procesos de salud y enfermedad. Este sesgo puede entenderse como expresión de la corriente de la *Evidence-based medicine (EBM)*, formulada en los años noventa y definida por Sackett *et al.* (1996) como “el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible para tomar decisiones sobre la atención de cada paciente” (p. 71). Esta corriente ha recibido críticas por limitar el papel del juicio clínico y la voz del paciente, lo que empobrece la práctica profesional (Greenhalgh *et al.*, 2014). En consecuencia, los ciclos de metodología científica aparecen ambivalentes: por un lado, motivadores y formativos para los estudiantes; por otro, reproductores de un enfoque positivista y hegemónico que margina otras formas de producir conocimiento en medicina.

En conjunto, el segundo trienio, aparece como el espacio donde los estudiantes comienzan a reconocerse más claramente en el rol médico, aunque con experiencias heterogéneas que reflejan tanto fortalezas como limitaciones del currículo. Lo relevante es que los estudiantes distinguen qué aprendizajes integran como parte de su visión de ser médicos y cuáles dejan en segundo plano. A diferencia del primer trienio, las divergencias en las percepciones sobre el médico ya no se explican por el origen social o educativo, sino por las condiciones estructurantes de los escenarios de aprendizaje –hospitales, policlínicas, cursos básicos y clínicos– y por la capacidad de cada espacio para articular teoría y práctica (Lucarelli, 2013; Feldman, 2014).

6.3.3. Etapa de práctica pre-profesional supervisada

El séptimo y último año de la carrera constituye el contacto más estrecho y cotidiano con el ejercicio de la práctica médica. Puede entenderse como una práctica iniciática, en tanto conforma un conjunto de ritos de paso que marcan la transición del estudiante inexperto al profesional, ordenan y legitiman los cambios de estatus, asegurando continuidad cultural y cohesión social (Van Gennep, 1969). Mediante la inmersión en los distintos servicios asistenciales, los futuros médicos atraviesan experiencias liminales que redefinen su lugar en la comunidad médica y consolidan su identidad profesional. En esta noción de rito de paso, el Internado refleja las tres etapas descritas por Van Gennep (1969): la separación, cuando el estudiante adopta un nuevo rol como “practicante interno”; la liminalidad, fase intermedia en la que ya no se lo percibe plenamente como estudiante, pero tampoco como médico; y la reincorporación, momento en que egresa para incorporarse a la comunidad médica con un nuevo estatus profesional.

Durante la unidad curricular de Internado Rotatorio, los estudiantes rotan cada tres meses por diferentes servicios asistenciales que eligen, dentro de ejes troncales obligatorios: medicina interna, cirugía, medicina familiar y comunitaria, pediatría y ginecología. Estas rotaciones pueden realizarse en cualquiera de los tres niveles de atención del sistema de salud, tanto en instituciones públicas o privadas, en espacios académicos como no académicos, ubicados en Montevideo o en otro departamento del país. Existen dos requisitos: al menos una rotación debe realizarse en un centro académico y otra en un departamento del interior del país.

Las experiencias compartidas por los entrevistados exponen que esta etapa marca un punto de inflexión en su trayectoria formativa. Todos coinciden en que fue el período donde más aprendieron, tanto desde el punto de vista técnico como humano: “siento que aprendí en ese año, todo lo que tendría que haber en los últimos cinco años...” (E2), “el curso, por lejos, el más importante donde más se aprende es el internado” (E5), “indiscutiblemente el internado es más que fundamental, hace falta mucho más tiempo de clínica [...] pero nos falta muchísimo para atender gente.” (E6).

Varios entrevistados expresaron que, por primera vez, en este último tramo de la carrera se sintieron médicos: “trabajar todos los días en la emergencia, pero fue lo que más aprendí y fue la primera vez que hablamos de sentirse médico, ahí me sentí médico 100%” (E5). A esto se suma:

El internado te da muchísima cancha pero, podría ser dos años o tres que nunca vaya a sentir que estoy preparada de todo, porque me parece que como algo que es como muchísimo, es un rol muy, muy importante el del médico en la vida de las personas y más de lo que uno pensaba inicialmente. (E4)

En el internado me parece como aprender a tener un equipo de trabajo en el ámbito de la salud, aprender a manejar emociones, de otras emociones, el trato con el paciente. Así como que todo lo vincular me parece que lo gana, lo gané yo también en el internado. Y eso, de manejar el estrés. (E1)

Esta etapa fue vivida con una mezcla de entusiasmo y ansiedad, propias de la transición hacia el ejercicio profesional pero que reafirma sus convicciones: “creo que contenta de finalizar la etapa y, bueno, ansiosa por empezar una nueva etapa a mediano plazo” (E3), “aprendizajes para ser médico general, pero también pensando un poco en lo que quiero seguir” (E4), “me di cuenta que sí, que me gustaba [la medicina], [...] y que lo haría toda la vida recién en el internado” (E1).

Todas estas percepciones surgen en un análisis retrospectivo de las experiencias vividas en la acción práctica, lo que Schön (1983) describe cómo *reflection-on-action*. El Internado se configura, entonces, como un *practicum* reflexivo, un espacio de aprendizaje experiencial en el cual los estudiantes no solo aplican saberes, sino que también construyen significados y actitudes profesionales, forjando un “estilo” personal de actuar. En este proceso, se van apropiando progresivamente del rol del médico en la sociedad. De este modo, las experiencias de la práctica pre-profesional, surgidas de la inmersión completa en el campo profesional, remarcán su identidad como médicos, construida a lo largo de todo su trayecto formativo.

A pesar de los aprendizajes significativos adquiridos, y continuando con las narrativas reflexivas, el entrevistado 3 relata momentos de impacto emocional, agotamiento y dificultad

para procesar ciertas vivencias: “pasé terriblemente mal el último mes, simplemente era como que quería que terminaran las guardias. Cosas muy feas en las primeras veces, como que no sabía procesarlas. Después las empecé a procesar mejor, pero me quedaba mucho, mucho peso” (E3).

Estos sentimientos de sobrecarga se vieron agravados por la vivencias de relaciones jerárquicas, donde algunos estudiantes percibieron situaciones de trato despectivo hacia ellos y pacientes: “hoy en día no se ve tanto, pero se sigue viendo, que te destreten, que no te dejen hacer cosas porque ‘quién sos vos’ o cuestiones así, también lo ves en los pacientes, y es difícil” (E3); “ser grosero, hablar cosas que no se pueden hablar adelante el paciente o poner cara como si el paciente no entendiera y cosas innecesarias” (E2). Referente al maltrato, el entrevistado 6 agrega:

He visto muchísimo en el internado, y no lo he visto conmigo [...] pero lo veo con los chicos y me parece nefasto. Lo veo sobre todo en el residentado. El residentado es brutal ahora, por ejemplo, en la residencia de cirugía que estoy cursando veo el *burnout* que tienen los residentes, es tremendo el *burnout* que tienen los residentes y de la gran mayoría de las especialidades. No estoy hablando solo de las especialidades quirúrgicas. (E6)

Estas situaciones, vinculadas al currículo oculto, generaron cuestionamientos hacia la cultura institucional y la necesidad de modificar las prácticas habituales de comunicación y trato en la formación médica. En este sentido, el entrevistado 6 expresó la necesidad de establecer políticas institucionales en torno a estas prácticas: “hay que cambiar radicalmente la manera que tenemos de comunicarnos, porque es lamentable, lamentable, lamentable que la Facultad de Medicina genere, mantenga y promueva esa manera de comunicarse”.

Las narrativas sobre maltrato, jerarquías y dinámicas de poder que vivenciaron los estudiantes por parte de otros médicos y docentes pueden leerse en clave de lo que Bourdieu (1999) denomina violencia simbólica, es decir, un poder que se ejerce de manera invisible, naturalizando jerarquías y formas de trato (Calderon, 2004). El maltrato percibido en el Internado refleja cómo estas dinámicas se transmiten a través del currículo oculto, reproduciendo desigualdades dentro de la propia institución médica. Como advierte Calderón

(2004), esta reproducción de la violencia simbólica requiere, para su existencia y perduración, la anuencia de los agentes sociales, tal como lo plantea Bourdieu.

Finalmente, la práctica pre-profesional se percibe como un espacio de transmisión cultural y de reproducción de valores profesionales que garantizan su continuidad (Freidson, 2001). Aquí los estudiantes se incorporan a la cultura profesional (Becker, 1992), conviven con médicos, muchos de ellos docentes, que se vuelven referentes en lo técnico y en lo ético, como señaló el entrevistado 4: “verlos en ese rol [...] son personas que ya están recibidas y que tienen hasta grado [docente], pero siguen buscando y siguen formándose, porque la medicina siempre hay que seguir formándose, eso es recontra positivo” (E4).

De este modo, el Internado no sólo marca un cierre del itinerario curricular, sino que sintetiza las tensiones y aprendizajes acumulados a lo largo de la carrera, constituyéndose en el punto donde más claramente se consolida –y se remarca– la identidad profesional del futuro médico.

6.4. Tensiones entre el currículo prescripto y la formación real

Durante las entrevistas, los propios estudiantes identificaron en sus narrativas –en lo que denomina Geertz un “primer orden de interpretación” (Geertz 1991 en Vasilachis *et al.*, 2006: 202), diversas tensiones vinculadas al currículo. Dichas tensiones emergieron tanto de las expectativas generadas por lo establecido en el plan de estudios, como de las experiencias concretas vividas a lo largo del tránsito universitario.

6.4.1. Implicancia del currículo

De las narrativas de los entrevistados se observa que cada disciplina, ya sea básica, social o clínica, deja su impronta en el estudiante, con sus propias rationalidades, códigos de lenguaje y lugares de hábitat: por ejemplo, las ciencias básicas en los laboratorios de la Facultad y las clínicas en servicios asistenciales. Tal como está diseñado el actual currículo, los estudiantes transitan y se sumergen de manera fragmentada en los diferentes ámbitos de formación o, en palabras de Becher (2001), “territorios académicos”. Según el autor, cada disciplina o campo del conocimiento funciona como una especie de “tribu”, estructurando

culturas específicas que los individuos deben aprender a habitar. En el caso de la medicina, esta dinámica se traduce en la necesidad de que el estudiante adopte diferentes disposiciones según el territorio académico, ajustando sus prácticas y discursos a las expectativas de cada tribu. Por consiguiente, estas tribus no solo transmiten saberes propios de su campo del conocimiento, sino que funcionan al mismo tiempo como espacios de socialización de microculturas profesionales que, en conjunto, van modelando la identidad del futuro médico.

Uno de los aspectos más señalados fue la falta de coherencia en la secuencia curricular, en particular al momento de iniciar las prácticas clínicas. Los estudiantes perciben un “salto” abrupto entre la formación básica y la clínica, sin instancias propedéuticas que preparen adecuadamente para el contacto con los pacientes: “como que ahí falta urgentemente un curso de algo entre medio como una introducción, tocar un paciente, hablar o con un paciente lo que sea” (E2).

Este mismo entrevistado propone incluso un semestre previo al cuarto año, orientado a la medicina familiar y comunitaria, con prácticas en policlínica: “como un semestre de Medicina familiar que vaya realmente a la policlínica, que realmente te enseñan semiología” (E2). Este hecho cobra especial relevancia al considerar que el currículo prescripto incluía en segundo y tercer año actividades clínicas comunitarias en el Ciclo Básico Clínico Comunitario, que luego fueron discontinuados: “estaba planteado en el plan de 2008, pero con mi generación no se no se ejecutó a nada. El tercero, por ejemplo, no tuvimos medicina familiar” (E4).

Las percepciones de los estudiantes revelan una disyuntiva entre el currículo prescripto, que contemplaba una formación clínica progresiva desde etapas tempranas, y el currículo real, que en la práctica expone a los estudiantes a escenarios clínicos en estadios avanzados de la carrera y en forma abrupta, sin la preparación adecuada. Esta brecha, cercana a un modelo flexneriano, genera sentimientos de inseguridad y refuerza la percepción de que la secuencia formativa no acompaña las necesidades de aprendizaje.

Otro estudiante expresó en la misma línea, subrayando la importancia de la correcta ubicación curricular de ciertas unidades curriculares en la trayectoria formativa, en particular la UC “Medicina en el primer nivel de atención”: “me hubiera gustado claramente que hubiera sido antes de gine y pediatría” (E3).

En una mirada más crítica, un entrevistado analizó el proceso histórico y político de transformación curricular, señalando la desnaturalización del enfoque comunitario del Plan 2008 y la pérdida de la inserción temprana en la clínica:

Una de las cosas que me parecía superpositiva del plan nuevo. La inserción temprana en el territorio es algo que lamentablemente se ha ido perdiendo, no desde que se pone en marcha el plan nuevo y lo que se ha ido modificando en el correr de la década que lleva en funcionamiento. Es lamentable como esa visión original primer nivelista que teníamos, y que es a lo que se apuntaba cuando se armó, se perdió casi que por completo. Hoy día hace muy poco trabajo de campo y otra vez volvieron a no tener contacto temprano con el territorio. Es una lástima porque no es el objetivo del plan.

(E6)

Este mismo entrevistado agregó otra crítica vinculada a la reducción del tiempo destinado a la clínica, con repercusiones negativas en la preparación de los estudiantes:

Si hubieran seguido, el resultado hubiera sido maravilloso, yo creo que es fundamental formar a la gente en semiología desde temprano. Era el gran pecado del plan 1968 que fallaba horriblemente con eso, que se trató de modificar en el de 2008 y ahora volvimos a lo mismo, me duele ver normalmente eso. Se volvió a hacer lo mismo, a pesar de que se redujo la carrera en años, dejó con la misma duración las básicas, se terminaron de achicar las clínicas; la gente llega muy mal preparada para las clínicas. (E6)

Estos fragmentos reflejan el proceso de disminución y desestructuración del currículo clínico, donde las reducciones horarias y las oportunidades prácticas afectaron la calidad de la formación. En el diseño original del Plan 2008, la carrera se redujo de ocho a siete años, pero lo hizo a expensas de los años clínicos: mientras las ciencias básicas mantuvieron su extensión de tres años, los años clínicos se comprimieron, previendo compensar con actividades clínico comunitarias en el primer trienio que, en el currículo en acción, terminaron descontinuadas.

A su vez, las tensiones no se restringen a la secuencia curricular, sino que también se extienden a los mecanismos de evaluación de los aprendizajes. Algunos entrevistados señalaron la falta de alineación entre lo enseñado y lo evaluado, lo que genera la percepción de arbitrariedad:

siempre sentía como que los exámenes no estaban de acordes con lo que ellos nos brindaban, porque en neuro, por ejemplo, en el examen que también tenía bastante nivel, pero el curso tenía buena calidad, ¡tremendo curso! [...] pero con cardio era como una cosa que capaz que encarabas, estudiabas y veías, dedicabas un montón, pero los resultados por ahí no eran tan buenos y la didáctica del cuerpo docente en aquel momento. Me acuerdo, que me costó horrores aprender electros [...] son cursos que te marcan. (E5)

Esta experiencia destaca que, además de las debilidades estructurales en la organización curricular, los dispositivos de evaluación pueden actuar como un factor de desajuste formativo. La percepción de falta de alineación entre enseñanza y evaluación ocasiona sentimientos de desmotivación, coincidiendo con otros relatos donde los estudiantes se enfrentaron a sistemas de evaluación que no reflejaban adecuadamente su desempeño.

6.4.2. Las prácticas de enseñanza y el currículo oculto

A lo largo de las entrevistas emergió la influencia del currículo oculto, es decir, aquello que los estudiantes aprenden de manera implícita a través de prácticas, vínculos y jerarquías (Hafferty, 1998; Da Silva, 1999; Torres, 2005).

Si bien el plan y el perfil de egreso subrayan la importancia de una formación integral y humanista, en la práctica los estudiantes perciben una escasa jerarquización de los contenidos psicosociales. De hecho, psicología médica aparece valorada, aunque poco reconocida en la formación, mientras que bioética no se destacó en los relatos, lo que refuerza su baja visibilidad en la experiencia estudiantil: “los contenidos de Psicología médica [...] habría que jerarquizar incluso mucho más esa parte de la formación, porque se menoscopia

permanentemente por parte de los de los alumnos, y de los docentes de otras especialidades que le dan poca bola” (E6).

Esta falta de jerarquización se complementa con experiencias que los entrevistados identifican como deshumanizantes, situaciones en las prácticas cotidianas que perpetúan formas verticalistas y relaciones autoritarias: “vi docentes hablando mal de los pacientes delante nuestro, o internistas tratándonos como mandaderos. Son cosas que no me quiero llevar a mi práctica” (E5); “una cosa es lo que te dicen en los cursos de humanización y otra es lo que ves en la sala: gritos, destrato y soberbia” (E6).

La contradicción entre el discurso institucional y las prácticas vividas evidencia cómo el currículo oculto puede erosionar los objetivos humanistas del plan, transmitiendo en cambio lógicas autoritarias y tecnocráticas.

En consecuencia, la reproducción de jerarquías y el destrato hacia estudiantes impacta directamente en la motivación académica y en la salud emocional de los estudiantes: “había clínicas donde era un maltrato constante, te gritaban, no te dejaban hacer preguntas y después pretendían que salieras motivado para la especialidad. Terminabas odiándola” (E2); “vi compañeros llorando en las guardias y eso se naturaliza. Eso no es parte de formarse, es parte de un maltrato estructural” (E5).

De forma complementaria, incluso en los espacios de aprendizaje clínico, algunos estudiantes relataron sentirse relegados a tareas de bajo valor formativo: “había guardias donde ni te hablaban. Te dejaban en la sala a mirar y nadie se ocupaba de explicarte nada” (E4); “había docentes que usaban a los estudiantes como mandaderos y te dejaban sin hacer nada de lo clínico” (E3).

Un entrevistado lo sintetizó de forma crítica, señalando la incoherencia entre la inversión institucional en promover una formación humanizada y la persistencia de prácticas disruptivas en el trato: “es tremendo la inversión que está haciendo la facultad en tratar de tener psicología médica, de humanizar la medicina y que los médicos sigan siendo disruptivos a la hora de comunicarse” (E6).

Estas experiencias se pueden comprender desde la noción de violencia simbólica (Bourdieu, 1997), en tanto formas de dominación que, al estar naturalizadas, no se perciben necesariamente como violencia, sino como parte del orden natural de las cosas, pero disciplinan y configuran subjetividades (Calderon, 2004). El campo médico, constituido por la Facultad de Medicina, las instituciones sanitarias y los agentes que los habitan, produce una serie de subjetividades. Entre ellas se encuentra el *habitus* médico, entendido como “el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación –lo social hecho cuerpo– de las estructuras objetivas del campo” (Castro, 2014, p. 173). Estas predisposiciones engendran un *sentido práctico* propio del campo, es decir, formas de actuar casi intuitivas que parecen de “sentido común” a los médicos, pero que en realidad son producto de la socialización en estructuras objetivas de poder y jerarquía.

En particular, el *habitus* médico autoritario se gesta desde los primeros años de la carrera, consolidándose en el Internado y la Residencia a través del disciplinamiento, el uso de castigos simbólicos como recurso pedagógico y la internalización de jerarquías (Castro, 2014). De este modo, prácticas de trato despectivo y de abuso no son meras desviaciones individuales, sino expresiones de un proceso estructural de socialización profesional que forma parte constitutiva de la identidad médica. Ello conlleva, indefectiblemente, a prácticas deshumanizadas en el ejercicio de la profesión con los pacientes.

En este punto, queda de manifiesto que la formación médica no se juega únicamente en el plano del currículo prescripto, sino en la interacción entre currículo formal, real y oculto. Las tensiones que surgen de esa interacción son decisivas en la construcción de la identidad profesional, tal como plantean Cruess y Cruess (2008; 2016). Varios entrevistados afirmaron, a través de la reflexión sobre la acción (Schön, 1983), definir su futuro “por oposición”, es decir, a partir de lo que no quieren reproducir en su práctica. De este modo, los conflictos curriculares, lejos de ser solo obstáculos, se convierten en catalizadores para la reflexión crítica que impulsan a los estudiantes a configurar sus propias visiones de lo que significa ser médico y a tomar distancia de ciertos modelos hegemónicos.

6.5. Visiones actuales de ser médico y proyecciones a futuro como profesional

Al momento de la entrevista, los estudiantes se encontraban próximos a finalizar su formación de grado. Sus relatos permiten explorar cómo conciben el ser médico luego de transitar el ciclo formativo, qué valores priorizan y cómo proyectan su futuro profesional dentro del sistema de salud. Estas narrativas expresan, por un lado, la apropiación de valores humanistas, éticos y de responsabilidad social y, por el otro, la explicitación de tensiones con los modelos deshumanizados y verticalistas observados durante su formación.

6.5.1. Concepciones actuales de ser médico al finalizar la carrera

Los casos explorados coincidieron en señalar que, a pesar de haber presenciado prácticas de enseñanza y profesionales deshumanizados y paternalistas, sus propias visiones sobre el ejercicio de la medicina se alinean con un enfoque humanista y social. La empatía emergió como calidad más valorada, entendida no sólo como disposición afectiva, sino también como herramienta ética imprescindible:

La aptitud más importante es la empatía, a mí me inspira muchísimo. Los médicos empáticos, creo que es la herramienta número uno fundamental para ejercer la medicina. Un médico sin empatía no puede ser médico, hay que ponerse siempre al lugar del otro y es algo que nos falta. Nos falta todavía, más allá de que tenemos, lo tenemos instalado en el discurso porque la dialéctica suena a presión, pero en la práctica, a la hora del ejercicio profesional no se da. (E6)

Se suma a la empatía, otras aptitudes vinculadas al saber ser del buen médico: “más tolerante [...] trabajar en equipo [...] el poder dialogar” (E2), así como “principalmente la humanización de la medicina” (E3). De modo similar, otro entrevistado enfatizó el sentido de responsabilidad y compromiso con el paciente:

Me visualizo en el ideal mío, que fue el ideal que yo tenía cuando entré en la Facultad de Medicina, es de médico de consultorio, de más edad, más relajado, de túnica. Esa

era la visión que yo tenía. Resolver los problemas del paciente, meterte en comunidad. Me veo más de ese lado. (E5)

La identidad profesional, a pesar de ello, se construyó muchas veces por oposición a modelos negativos, donde el aprendizaje consistió en reconocer aquello que no se quiere reproducir en la práctica: “algunos médicos me parece que atendían espantoso, y decía lo contrario: ‘yo ojalá que nunca sea así’” (E2). O como refiere el siguiente entrevistado:

Creo que lo primero es la definición por la negativa: el médico que no quiero ser. Eso es algo que cada vez lo tuve más claro y a medida que fui avanzando y viendo determinados modelos de atención, supe identificar claramente que esa es la manera en la que son y de la que yo no quiero atender a la gente. Eso creo que lo tengo muy claro. (E6)

Las críticas se dirigieron principalmente a actitudes deshumanizantes, falta de compromiso con el paciente y prácticas verticalistas, así como a sus consecuencias en el ambiente de trabajo y en la atención médica. Como señaló el entrevistado 1: “de un mal comportamiento, siempre hay una vida detrás, pero a veces eso se perpetúa y se agranda. Y genera un ambiente que no es el más adecuado. Es básicamente, la falta de empatía” (E1). En esa misma dirección, otros entrevistados enfatizaron:

Atender a los pacientes así nomás sin darles bola, equivocarse en cosas, pero no porque no sepan, sino porque lo estaban haciendo sin ganas, [...] ir a la sala de médicos y hablar mal de un paciente, pero algo innecesario [...] Osea, hay cosas que, eso, nunca haría y que ojalá que nunca me pase. (E2)

Hay muchos médicos que académicamente son excelentes, que es una lástima que no tengan actitud de trabajo. Después el tema de ayudar, de querer solucionar a los pacientes, de ahorrar y dicen, ‘bueno este paciente lo presenté a cirugía, ahora es quirúrgico, no me encargo de él’. El paciente está esperando y es su salud, es ponerse en ese lugar del otro, no nos gustaría que traten así a un familiar. (E5)

En todos los médicos haciendo juicios de valor de trabajo de otros, eso aparece en espacios con o sin propiedad. Entender la soberbia que hay a nivel médico, que es

muchas, entender que todos nos equivocamos indiscutiblemente, el gran dilema que tenemos en los errores médicos es que en el medio está la salud de las personas por lo que tenemos que tomar conciencia. (E6)

Las representaciones actuales de ser médico revelan que, pese a haber transitado un currículo con experiencias que muchas veces contradecían el perfil humanista institucionalmente declarado, los estudiantes se afirman en una visión que prioriza la empatía, el respeto, la tolerancia, el trabajo en equipo y la responsabilidad ética. La construcción identitaria refleja lo señalado por Cruess y Cruess (2006), quienes destacan que la formación de la identidad profesional se construye a partir de modelos de referencia, ya sea por imitación de conductas valoradas o por oposición a aquellas que se consideran inadecuadas.

En la experiencia de los entrevistados, el contacto con profesionales inspiradores en la carrera actuó como referente positivo, mientras que las prácticas deshumanizantes y verticalistas observadas en otros profesionales funcionaron como un “antimodelo” (Monrouxe, 2010). Esta dinámica pone en evidencia la relevancia del currículo oculto en la medicina (Hafferty, 1998), donde los aprendizajes no provienen sólo de los contenidos prescriptos, sino de la observación de actitudes, jerarquías y vínculos cotidianos. A pesar de la tensión entre modelos inspiradores y prácticas rechazadas, surge en los estudiantes la aspiración de ejercer una medicina humanizada.

En línea con estos planteos, Sternszus *et al.* (2024) sostienen que la formación de la identidad profesional no consiste únicamente en la internalización acrítica de valores institucionales, sino en un proceso activo de negociación y redefinición en el que los estudiantes pueden aceptar, cuestionar o resistir las normas dominantes.

6.5.2. Aspiraciones profesionales y rol en el sistema de salud

En cuanto a su inserción profesional futura en el sistema de salud, la mayoría de los entrevistados manifestó una inclinación hacia el primer nivel de atención, con preferencia por el trabajo en ámbitos ambulatorios: “una vez recibida tener mi propio consultorio, este, eso me encantaría” (E1); “tal vez en policlínica, me imagino, al principio mientras tratamos de entrar en una residencia” (E2); “Me gustaría muchísimo hacer primer nivel y es algo que me

gusta pila, creo que en algún momento voy a tratar de llegar a primer nivel. Me gustaría ir a formarme más" (E6); "yo sé que estamos en un sistema en el que es muy difícil dedicar todo el tiempo que corresponde, pero me encanta esa consulta, esa cercanía" (E5).

En contraposición, hubo un rechazo generalizado a desempeñarse en el ámbito prehospitalario y de emergencias móviles, atribuido tanto a la percepción de riesgo como a la falta de formación específica en el grado: "no tengo ni idea donde me veo trabajando, [...] no me visualizo en una ambulancia" (E2), "es bravo salir y meterse en la casa de la gente, así que no por el tema de, o sea, técnico y de conocimiento de medicina y de preparación, sino con los riesgos" (E3); "...nunca me subiré a una especializada²⁷. No parece que esté bien que un médico general, por lo pronto con poca experiencia, se suba" (E3); "no me imagino tanto en una móvil [...] me parece que me excede para mi formación de ahora" (E4). Sobre esto, los entrevistados reflexionan:

Una emergencia móvil, en una ambulancia, ver claves 1, clave 2, si bien en ciertas situaciones uno se siente capacitado, hay mucho paciente que se te puede escapar. Entonces tampoco me tiraría al agua de lleno. Es más, lo evitaría por unos cuantos años. (E5)

No haría prehospitalaria, por ejemplo, no a priori me parece que nos falta muchísimo. Eso es una falencia gravísima que tiene la Facultad de Medicina, porque la gran mayoría de los médicos empiezan a desempeñarse en la prehospitalaria y tenemos cero herramientas para trabajar en la prehospitalaria. ¡Es una cosa nefasta! Diríamos que tener una formación curricular en prehospitalaria, gente que no conoce una móvil por dentro, no tiene ni idea ni qué fármacos hay ni las herramientas que tiene. (E6)

Si bien algunos manifestaron afinidad con el trabajo en servicios de urgencia y emergencias hospitalarias "y creo que el tema de emergencias, como lo que veo más posible" (E4), "me gusta mucho, me encantaría hacer alguna guardia en la emergencia [...] Consultorio con alguna Guardia de emergencia para darle un poquito de emoción" (E5). Para otros este interés aparece condicionado por el miedo y la inseguridad que genera la falta de experiencia: "me encanta la emergencia como interna²⁸, pero si yo tuviera que tomar las decisiones me da algo" (E1); "no, puerta sola no voy a aceptar. Ya lo tenemos hablado con mis compañeras que si aceptamos puertas vamos juntas" (E3).

²⁷ Se refiere a un tipo de modalidad en las emergencias móviles.

²⁸ Interna hace alusión al rol de practicante interno.

Lo que expresan los entrevistados evidencia un desajuste entre la formación de grado y los espacios de inserción inicial, particularmente el ámbito prehospitalario. Este desajuste se manifiesta en un currículo que no acompaña las demandas del mercado laboral y que genera en los egresados sentimientos de inseguridad y de carencia de competencias específicas para ese campo laboral. Esto hay que pensarla en términos de Bernstein (1985), en el sentido que el currículo no es neutro ni ajeno, sino que es el resultado de decisiones institucionales y políticas atravesadas por relaciones de poder y de control simbólico.

En Uruguay, ya a comienzos de siglo XXI, en un estudio realizado por Rey (2004) se advertía de los servicios de emergencias móviles se estaban constituyendo como espacios de primer empleo para los noveles médicos. Este fenómeno se explica por tratarse de un mercado regulado a nivel estatal y en expansión, con alta demanda de guardias médicas y necesidad de disponibilidad horaria que los jóvenes profesionales suelen poder cubrir. Sin embargo, esta inserción inicial no siempre ocurre mediante mecanismos formales de concurso, sino que está fuertemente mediada por redes de capital social –contactos académicos, colegas ya insertos o familiares– que facilitan el acceso a los primeros cargos (Rey, 2004).

Un rasgo transversal en las proyecciones profesionales fue la valoración de la formación continua como parte inseparable del ejercicio médico: “sí me veo siempre tratando como de seguir aprendiendo, porque me parece que es lo más, lo más importante” (E4), “la medicina es un aprendizaje continuo, siempre vamos a estar aprendiendo que nunca nadie tiene el conocimiento, es inabordable, absolutamente inabordable” (E6). El entrevistado 3 profundiza en relación a esto como otra cualidad del médico:

La actitud de formación constante, el estar abierto, osea, yo creo que también es peligroso ser ignorante, pero más peligroso también es ser ignorante y arrogante [...] No tienes por qué saber todo, simplemente tienes que saber cuando no sabes, tener la humildad suficiente como para poder decirlo y saber a quién acudir. (E3)

La mayoría expresó su intención de realizar posgrados y residencias médicas, buscando mantener una actitud de actualización permanente, pero considerando el desarrollo profesional con estándares de vida: “quizá empiece alguna residencia, así que este proceso

probablemente continúe [...] Tengo pensado elegir una especialidad donde la calidad de vida no sea tan terrible” (E3). El entrevistado 5 agrega:

Me encantaría entrar el posgrado ya que para no perder ese hábito de estudio, pero seguir trabajando de médico; pues siempre que uno es posgrado sigue trabajando como médico [...] sí me veo como como especialista y me encantaría entrar en una residencia. (E5)

No obstante, algunos estudiantes señalaron dificultades para proyectarse como médicos generales, destacando la idea de que la especialización es un requisito para sentirse seguros en el ejercicio profesional:

Estaba como un poco perdida porque no me puedo visualizar si no tengo una especialidad y nunca me visualicé como médica general, eso no, porque médico general está en la emergencia, en el primer, y yo no, no quiero trabajar en emergencia, y en la poli me parece aburrida entonces. Me parece que es importante especializarse. Nunca me visualicé como médico general, solo de si te lo puedo decir, pero no sabía mucho para dónde ir bien. (E1)

La especialización opera como anclaje identitario y estratégico en la medicina uruguaya. Según datos de Rey (2004) dos tercios del colectivo médico contaba con una especialidad y las aspiraciones a realizar posgrados eran generalizadas entre los jóvenes. En términos de sociología de las profesiones (Abbott, 1998), la especialidad define jurisdicciones, es decir, espacios de conocimiento y práctica en los que las profesiones reclaman autoridad y legitimidad, con sus correspondientes recompensas. En la medicina, estas jurisdicciones no son homogéneas, como advierte Schraiber (1993), debido a la creciente división técnica del trabajo –derivada de las imposiciones de la racionalidad capitalista– produce una estratificación interna de la profesión.

En este marco, la especialidad se convierte en un dispositivo de estatus: delimita un campo más acotado de experticia, otorga reconocimiento y acceso a mejores condiciones de inserción laboral. A la vez, marca la diferencia entre quienes acceden a ella y aquellos que permanecen en posiciones más vulnerables o transitorias del mercado de trabajo médico. En

contextos fragmentados y competitivos, la especialidad funciona como un ancla identitaria, que ofrece seguridad frente a la incertidumbre de ejercer como médico generalista.

La realización de una especialidad introduce al joven egresado en una nueva comunidad de práctica –la residencia–, que no solo le brinda competencias técnicas, sino también de integración en redes profesionales y reconocimiento dentro del campo (Wenger, 1998). Esto explica porque algunos de los entrevistados aluden a la especialidad como una vía para alcanzar un mejor equilibrio entre vida personal y trabajo.

6.6. Síntesis de los principales resultados

La presente sección integra los hallazgos principales de la investigación, producto del análisis narrativo-biográfico de las entrevistas realizadas. Se busca ofrecer una visión global de las transformaciones en sus representaciones sobre el ser médico, destacando los puntos transversales, las tensiones entre currículo y perfil de egreso, y las coincidencias y divergencias entre las visiones estudiantiles y el ideal institucional.

6.6.1. Evolución de las visiones de ser médico

En primer lugar, los motivos de elección de la carrera se vincularon principalmente con el interés en las ciencias biológicas, en particular con la biología humana, junto con experiencias educativas significativas en secundaria, como el impacto de profesores inspiradores o salidas didácticas a la Facultad de Medicina. A su vez, surgieron influencias del imaginario social en torno al ser médico, asociado al prestigio y a la figura de la profesión, y el capital cultural familiar, especialmente en aquellos casos en que los padres eran médicos o contaban con trayectoria universitaria.

Al momento de ingresar, las representaciones iniciales sobre el ser médico eran poco definidas. Estas imágenes, muchas veces difusas, estaban influidas por el imaginario social en torno a la profesión y, en algunos casos, por el capital cultural familiar de aquellos con antecedentes familiares en la profesión. Para quienes no contaban con esa referencia, el

contacto previo con la medicina era limitado y se reducía a experiencias puntuales, como controles de salud, lo que explica la falta de proyecciones claras en esta etapa.

La evolución de las visiones mostró un tránsito desde esas representaciones generales hacia significados más concretos. El primer trienio estuvo marcado por el impacto institucional y la adaptación a un entorno masivo y exigente. En este proceso fue clave el capital cultural de origen: quienes provenían de instituciones privadas y de familias universitarias se sintieron más preparados para los primeros cursos, mientras que los estudiantes con trayectorias educativas públicas experimentaron con mayor fuerza la diferencia de capital cultural, lo que se tradujo en dificultades de adaptación y la necesidad de un esfuerzo adicional para sostener el ritmo académico.

El segundo trienio supuso un acercamiento más directo a la profesión a través de las primeras prácticas clínicas. Los estudiantes describieron como un momento de desconcierto e inseguridad por lo abrupto de la transición, marcado por la percepción de no tener aún los conocimientos suficientes y la necesidad de apropiarse de un nuevo lenguaje profesional. Aun así, el contacto con los pacientes y la participación en consultas clínicas los hizo sentirse más próximos a la identidad médica. A diferencia del primer trienio, las diferencias en las vivencias no se explicaron tanto por el origen social o el capital cultural de procedencia, sino por las condiciones estructurantes de los escenarios de aprendizaje. Asimismo, los relatos advirtieron un sesgo hospitalocéntrico, ya que la formación se desarrolló con un fuerte énfasis en el hospital y la lógica de la enfermedad, relegando a un segundo plano la formación en escenarios de primer nivel de atención.

La práctica pre-profesional constituyó un punto de inflexión. Allí los estudiantes asumieron mayores responsabilidades y lograron otorgar sentido a los aprendizajes previos, lo que los hizo sentirse más próximos al ejercicio médico y consolidar su identidad profesional. En sus visiones actuales destacan la empatía, el respeto, la tolerancia, el trabajo en equipo y el trato digno como valores centrales. Aptitudes que coinciden con los hallazgos de otros estudios como García *et al.* (2002) y Lermandas (2008). La identidad se configuró tanto a partir de modelos positivos, que encarnaron un ejercicio respetuoso y comprometido, como del rechazo a modelos negativos observados en la formación, que se convirtieron en ejemplos de lo que no desean reproducir.

Cuadro 6.6.1. Evolución de las visiones sobre el ser médico en los estudiantes entrevistados

Etapa	Características de las visiones	Factores influyentes	Ejemplos de relatos
Representaciones iniciales	Visiones poco definidas, imágenes difusas centradas en el prestigio social y la figura del médico en el consultorio.	Imaginario social, capital cultural familiar, contacto limitado con la medicina (controles de salud, familiares médicos).	“Al principio no tenía claro qué hacía un médico, era más la idea del consultorio” (E2).
Primer trienio	Choque con la masividad e impacto institucional. Reconfiguración de expectativas iniciales.	Capital cultural de origen: diferencia entre estudiantes de educación privada/universitaria y educación pública/no universitaria.	“Los que veníamos de liceos privados llegamos más preparados” (E1).
Segundo trienio	Ingreso a la clínica con desconcierto e inseguridad, necesidad de apropiarse de un nuevo lenguaje. Mayor proximidad a la identidad médica.	Condiciones de los escenarios de aprendizaje, calidad heterogénea. Sesgo hospitalocéntrico. Ciclo de metodología científica con predominio cuantitativo.	“Más cerca de médico que otra cosa, más cerca también de interna” (E5).
Práctica preprofesional e internado	Punto de inflexión: integración de aprendizajes, mayores responsabilidades, consolidación de la identidad médica. Visiones actuales basadas en empatía, respeto y trato digno.	Modelos positivos de docentes y rechazo de modelos negativos.	“Aprendí a definir el médico que no quiero ser” (E6).
Proyecciones a futuro	Mayoría con intención de continuar con residencias y especializaciones. Interés por primer nivel y trabajo en consultorio. Rechazo a emergencias móviles.	Expectativas de desarrollo profesional, percepción de carencias en la formación para el ámbito prehospitalario.	“Me gustaría muchísimo hacer primer nivel y en algún momento llegar a mi propio consultorio” (E6).

En las proyecciones a futuro, la mayoría manifestó la intención de continuar con la formación en residencias y especializaciones, concebidas como continuidad natural de la formación. Expresaron interés por el primer nivel de atención y el trabajo en consultorio. En contraposición, hubo un rechazo generalizado a desempeñarse en ámbitos prehospitalarios y de emergencias móviles, percibidos como riesgosos y sin la preparación necesaria durante la carrera.

El recorrido de las visiones, desde las representaciones iniciales hasta las proyecciones a futuro, se sintetizan en el cuadro 6.6.1.

6.6.2. Brechas entre el currículo en acción y el perfil de egreso

Aparte del sesgo hospitalocéntrico de la formación, que debilita la orientación hacia el primer nivel plantada en el currículo prescripto, los estudiantes señalaron la heterogeneidad en la calidad de los escenarios clínicos. Según el hospital, la policlínica o la cátedra asignada, las oportunidades de aprendizaje y de evaluación resultaron muy dispares.

El currículo oculto se hizo presente en las prácticas clínicas de todos los años. Los estudiantes relataron dinámicas disruptivas de maltrato, jerarquías rígidas y prácticas deshumanizadas hacia pacientes y estudiantes, que transmiten mensajes implícitos contrarios a los valores de respeto, integralidad y trabajo en equipo que promueve el perfil de egreso. Al mismo tiempo, reconocieron la influencia de docentes y profesionales que actuaron como modelos positivos, aunque vividos más como excepciones que como norma.

6.6.3. Encuentros entre el ideal institucional y las visiones estudiantiles

La comparación entre las visiones de ser médico de los estudiantes y el perfil de egreso del Plan de Estudios 2008 muestra puntos de convergencia y, en menor medida, de divergencia.

En el plano de los encuentros, los estudiantes comparten con el perfil institucional la importancia de una formación profundamente humanista. La empatía, el respeto, la

tolerancia, y el trato digno fueron valores mencionados de manera reiterada como centrales para el ejercicio profesional. De la misma manera, aparece convergencia en la necesidad de un aprendizaje permanente, expresada en la intención de continuar la formación en residencias y posgrados, lo que responde a la expectativa institucional de un médico “dispuesto siempre a aprender”. Varios entrevistados valoraron la cercanía con la comunidad y expresaron interés en el primer nivel de atención, en línea con la orientación hacia la Atención Primaria de Salud que la Facultad plantea como eje del perfil de egreso.

En el terreno de los desencuentros, mientras el perfil propone un médico “con sólida formación básico-clínica, crítico y preparado para investigar y educar”, se identifican vacíos formativos en áreas como semiología, humanismo, así como una débil integración entre ciclos. El perfil también define un profesional capaz de actuar en todos los niveles de atención, pero las visiones estudiantiles muestran un marcado rechazo al trabajo prehospitalario y en emergencias móviles por falta de competencias específicas.

7. Conclusiones

A modo de cierre, este capítulo presenta las principales conclusiones del estudio, que buscan sintetizar el recorrido realizado y ofrecer una lectura integradora de los hallazgos.

La investigación alcanzó los objetivos propuestos desde el enfoque hermenéutico-biográfico, al reconstruir la evolución de las visiones estudiantiles sobre el ser médico a lo largo de la trayectoria curricular e identificar los puntos de encuentro y desencuentro entre dichas visiones y el perfil de egreso del Plan 2008. Se logró analizar cómo el currículo explícito, el currículo oculto y las prácticas docentes inciden en la configuración de la identidad profesional.

De la historia natural de este estudio, surgen limitaciones que explican algunas de sus debilidades. No fue posible contemplar la categoría de muestreo correspondiente a estudiantes con beca de ayuda económica tanto del interior del país como de Montevideo, en parte por la imposibilidad ética de acceder a bases de datos institucionales con información de contacto, procedencia, género y nivel de instrucción de los padres, lo que restringió el análisis del peso de las condiciones socioeconómicas en la construcción de visiones sobre la profesión. El contexto histórico particular, incluidos los efectos de la pandemia de COVID-19 en algunos tramos de la carrera, pudo incidir en las experiencias relatadas, ya que alteró la regularidad de las clases y limitó los espacios de interacción con pacientes y comunidades. Cabe señalar que, si bien la carrera de medicina no presentó atraso curricular como consecuencia de la pandemia, sí debió realizar ajustes en la modalidad de enseñanza y evaluación para mantener la continuidad formativa.

Los resultados muestran que la identidad profesional de los futuros médicos no se construye de manera lineal, sino de hitos curriculares y experienciales. La elección de la carrera estuvo asociada al interés por la biología humana, la influencia de docentes de secundaria y, en algunos casos, la tradición familiar. El ingreso a la Facultad supuso un “choque” entre las representaciones iniciales y la realidad académica, lo que generó procesos de adaptación desiguales según su procedencia y capital cultural previo de cada estudiante.

Durante el segundo trienio y las experiencias clínicas, los estudiantes lograron un acercamiento más concreto al rol profesional, aunque señalaron heterogeneidad en la calidad docente y en las oportunidades de aprendizaje. El Internado Rotatorio, etapa culminante de la carrera, fue valorado como el espacio de mayor proximidad a la práctica médica real.

En cuanto a las visiones actuales sobre el ser médico, se resalta un perfil con fuerte orientación humanista, con énfasis en la empatía, tolerancia y respeto. Varios estudiantes manifestaron aspiraciones de trabajar en el primer nivel de atención y en ámbitos ambulatorios. La mayoría proyecta continuar su formación profesional con la realización de residencias médicas. Estas representaciones conviven con la percepción de carencias formativas: escasa preparación para la atención prehospitalaria, no priorización del primer nivel de atención y baja jerarquización de la humanización médica por parte de los profesionales.

Las visiones de los estudiantes no se construyen de manera aislada, sino en diálogo constante con estructurantes como el currículo y la profesión médica. Intervienen tanto la acción pedagógica explícita –contenidos, rationalidades disciplinares, prácticas clínicas–, como los aprendizajes implícitos transmitidos por el currículo oculto. En este último se reproduce la violencia simbólica, representada por jerarquías, estilos de relación y formas de ejercer la autoridad que consolidan el *habitus* médico y, con él, rasgos propios del modelo médico hegemónico, en particular su impronta autoritaria.

Así, mientras el currículo formal declara una orientación humanista y comunitaria, la experiencia concreta de los estudiantes se ve atravesada por prácticas que refuerzan la subordinación, la verticalidad en la relación docente-estudiante y médico-paciente, y la centralidad del saber biomédico sobre otros enfoques. La tensión entre lo prescripto y lo vivido –acentuada por los cambios curriculares del Plan–, constituye un eje clave en la evolución de las visiones sobre el ser médico, al mismo tiempo que explica por qué los ideales institucionales no se materializan plenamente en la identidad profesional de los futuros egresados.

Los supuestos previos encuentran sustento en los resultados. En primer orden de supuestos, los estudiantes construyen un sentir de ser médico muy próximo a los ideales del perfil de egreso del Plan 2008, en particular en lo que refiere a la dimensión humanista. Esta

se ve matizada por prácticas que reproducen jerarquías y otorgan centralidad al saber biomédico.

En segundo orden, la evolución de sus visiones aparece mediada por tensiones entre la formación clínico-hospitalaria y la formación clínico-comunitaria. El discurso institucional resalta la importancia de lo comunitario, pero en el currículo en acción persiste el predominio del ámbito hospitalario, vinculado a mayor prestigio y legitimidad académica.

En tercer orden, se confirma el supuesto de que los estudiantes perciben una distancia entre lo que se enseña formalmente en la Facultad y lo que observa en el ejercicio profesional, brecha visible por el currículo oculto y la reproducción del *habitus* médico autoritario. Ambos transmiten valores y formas de relación que entran en contradicción con los ideales declarados por la institución.

Un hecho significativo, a pesar de partir de casos con orígenes de clase y procedencias distintas, con diferencias en sus representaciones iniciales, hacia el final de la carrera los estudiantes presentan notables similitudes en sus concepciones sobre el ser médico. Esta convergencia puede comprenderse a partir de la reproducción del *habitus* médico a lo largo de la formación, mediada por los estructurantes principales: la Universidad –encarnada en la Facultad de Medicina– y la propia profesión médica.

Esto invita a reflexionar sobre qué ocurre en el pasaje de la formación de grado al ejercicio profesional. Si los estudiantes finalizan la carrera con representaciones humanistas del ser médico y con rechazo hacia las prácticas disruptivas que observan, pero en el sistema se siguen reproduciendo dinámicas autoritarias, podría pensarse *a priori* que en la inserción profesional intervienen agentes que hacen cambiar de configuración. Entre ellos estarían el sistema sanitario con sus condiciones de trabajo y el *burn out*, las prácticas jerárquicas institucionalizadas o la experiencia de la residencia, ámbito en el que uno de los entrevistados mencionó haber presenciado maltrato hacia residentes. De esta forma, podrían constituirse espacios donde la violencia simbólica y el *habitus* médico autoritario vuelven a reproducirse, debilitando progresivamente la visión humanista con la que los egresados concluyen su formación.

A raíz de esta investigación, la centralidad de la perspectiva estudiantil abre interrogantes que podrían enriquecerse con otras representaciones, por ejemplo, de docentes y autoridades universitarias. El contraste entre ambas miradas permitiría ampliar la comprensión de las tensiones curriculares.

A nivel institucional se vuelve necesario implementar instancias formales y periódicas de evaluación curricular que integren la voz estudiantil y promover estrategias pedagógicas que favorezcan la coherencia entre currículo explícito y currículo en acción. Resulta clave jerarquizar, con la mediación de políticas institucionales, la formación en humanismo médico y en el primer nivel de atención, para mitigar el efecto del currículo oculto. En línea con lo anterior, dar respuesta al sentir de los estudiantes sobre las carencias curriculares sobre atención en servicios de emergencias móviles. En términos de Bernstein, se requiere una recontextualización del currículo que lo adecue tanto a las demandas del mercado laboral como al perfil de médico que necesita el sistema sanitario uruguayo.

La investigación confirma que la formación médica no se limita a la transmisión de conocimientos técnicos: constituye un proceso de construcción identitaria en el que confluyen dimensiones académicas, sociales y emocionales. Las visiones estudiantiles de ser médico, aun atravesadas por tensiones y desencuentros, conservan un fuerte componente humanista y social, que representa un patrimonio invaluable para la profesión y el sistema de salud.

Referencias bibliográficas

- Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labor.* The University of Chicago Press.
- Althusser, L. (1974). *Ideología y aparatos ideológicos del Estado.* Ed. Nueva Visión.
- Alves-Mazzotti, A. (2008). Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. *Revista Múltiplas Leituras*, 1(1), 18-43.
- Asamblea de Claustro de Facultad de Medicina, Universidad de la República. (1996, 1º de junio). *Acta Jornada sobre Plan de Estudios y Reforma Curricular.* Publicación Nº 1.
- Asamblea de Claustro de Facultad de Medicina, Universidad de la República. (2008). *Plan de Estudios de la Carrera de Doctor en Medicina* [archivo Word]. Recuperado de: <http://www.claustro.fmed.edu.uy/documentos/plan%20de%20estudios/Plan%20de%20Estudios%202007/PLAN%20DE%20ESTUDIOS%20y%20CREDITOS%28final%20CDC%29.doc>
- Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina, Universidad de la República. (2008, 20 de noviembre). *Acta Nº 11 del Claustro de la Facultad de Medicina.*
- Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina, Universidad de la República. (2015, 1 de octubre). *Adecuación del Plan de Estudios 2008. Sustitución del semestre como unidad curricular.*
- Archer, M. (1982). *The sociology of educational expansion: take-off, growth and inflation in educational systems.* London: Sage.
- Barrán, J. (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. El poder de curar.* Tomo 1. Ediciones Banda Oriental, Montevideo.
- Bachelard, G. (2000). *La formación del espíritu científico.* (23a edición). Ed. Siglo XXI S.A, Buenos Aires.
- Bassi, J. (2014). *Hacer una Historia de Vida: decisiones clave durante el proceso de investigación.* Athenea Digital, 14 (3): 129-170.
- Becher, T. (2001). *Tribus y territorios académicos. La indagación intelectual y las culturas de las disciplinas.* Gedisa Editorial.
- Becker, H. (1992). *Boys in white. Student culture in Medical School.* Transaction Publishers, USA.
- Bernstein, B. (1985). Clasificación y enmarcación del conocimiento educativo. *Revista Colombiana de educación*, 15, 215-231.

- Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Edicions Bellaterra, Barcelona.
- Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa*. (2da. edición). Editorial La Muralla, Madrid.
- Bolívar, A. Domingo, J. (2005). *La investigación biográfico-narrativa en educación: enfoque y metodología*. Madrid: La Muralla.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. En: Richardson, J. *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Westport, CT: Greenwood.
- Bourdieu, P y Passeron, JC. (1996). *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. 2da. edición. Ed. Distribuciones Fontamara, Barcelona.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. Chamboredon, JC. Passeron, JC. (2002). *El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (2008). *Homo academicus*. Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Bourdieu, P. Passeron, JC. (2013). *Los herederos. Los estudiantes y la cultura*. (6ta. edición). Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Brookfield, S. (2015). *The Skillful Teacher: On Technique, Trust, and Responsiveness in the Classroom*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Calderón, G. (2004). Sobre violencia simbólica en Pierre Bourdieu. *Revista de Ciencias Sociales (Cl)*, 9, 27–40.
- Camilloni, A. (2001). Modalidades y proyectos de cambio curricular. En: Schuster, N (comp). *Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001*, UBA-OPS.
- Camilloni, A. (2013). *La inclusión de la educación experiencial en el currículo universitario*.
- Camilloni, A. (2016). Tendencias y formatos en el currículo universitario. *Itinerarios educativos*, 9, 59-87.
- Camilloni, A. (2018). Didáctica y currículo universitario: palabras, conceptos y dilemas conceptuales en la construcción del conocimiento didáctico. *InterCambios. Dilemas y transiciones de la Educación Superior*, 5 (2), 12-23.
- Cano, A. Carlevaro, L. Cavagnaró, R. Echenique, E. Francia, M. Menoni, T. Randall, G. (compiladores). (2019). *La Universidad querida. Pablo Carlevaro*. FEFMUR, Montevideo.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76 (2), 167–197.

- Cervio, A. (2016). El análisis de datos cualitativos asistido por programas informáticos. Notas desde experiencias de enseñanza en posgrados en Ciencias Sociales. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 5 (10), 63-79.
- Coll, C. (2001). *Psicología y currículum. Una aproximación psicopedagógica a la elaboración del currículum escolar*. 3era reimpresión, Editorial Paidós.
- Collazo, M. (2010). El currículo universitario como escenario de tensiones sociales y académicas. *Didáskomai*, 1, 5-23.
- Collazo, M. (2013). El cambio curricular, una oportunidad para repensar(nos). *InterCambios. Dilemas y transiciones de la Educación Superior*, 1, 37-43.
- Comisión Sectorial de Enseñanza. (2011). *Pautas sugeridas para la revisión y presentación de los planes de estudios*. Uruguay.
- Consejo Directivo Central, Universidad de la República. (2008, 9 de diciembre). Resolución Nº 11. *Ratificación del Plan de Estudios 2008 de la Carrera de Doctor en Medicina*.
- Consejo de Facultad de Medicina, Universidad de la República. (2008, 26 de marzo). Resolución Nº 55. *Aprobación del Plan de Estudios 2008 de la Carrera de Doctor en Medicina*.
- Consejo de Facultad de Medicina, Universidad de la República. (2012, 3 de octubre). Resolución Nº 81. *Creación de comisión coordinadora para la adecuación de las carreras de grado a la Ordenanza de Estudios de Grado*.
- Correa-Rivero, H. Isern, M. (2025). The Humanist Paradigm in Medicine. *Medicon Medical Sciences*, 9 (3): 03-15.
- Corvalán, O. Hawes, G. (2005). *Construcción de un Perfil Profesional*. Universidad de Talca.
- Cruess, R. L. Cruess, S. R. Steinert, Y. (2014). Teaching medical professionalism: Supporting the development of a professional identity. *Journal of General Internal Medicine*, 29 (2), 271–273.
- Cruess, R. L. Cruess, S. R. Boudreau, J. D. Snell, L. Steinert, Y. (2015). A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: A guide for medical educators. *Academic Medicine*, 90 (6), 718–725
- Cuevas Badallo, A. Torres González, O. (2022). Medicine as a Science of Design. *Azafea: Revista De Filosofía*, 24, 21–38.
- De Alba, A. (1995). *Curriculum: crisis, mito y perspectiva*. MD editores, Buenos Aires.
- Da Silva, T. (1999). *Documentos de identidade. Uma introdução às teorias do currículo*. 2da. edição. Autêntica editorial, Belo Horizonte.

- Denzin, N. (1989). *Interpretive biography*. Qualitative research methods. (Vol 17). Sage publications; London.
- Dewey, J. (2004). *Experiencia y Educación*. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid.
- Díaz Peralta, C. (2008). Modelo conceptual para la deserción estudiantil universitaria chilena. *Estudios Pedagógicos*, 34 (2): 65-86.
- Diniz, Marli. (2001). *Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais*. Rio de Janeiro: Revan.
- Errandonea, G. (2024). Educación y desigualdad: ¿Formar a todos o seleccionar a los mejores? *InterCambios. Dilemas y Transiciones de la Educación Superior*. [Artículo en prensa].
- Estany, A. (2024). La medicina como ciencia de diseño. En: Gensollen, M. Mosqueda, J. Sans, A. *La medicina en vivo. Cuestiones filosóficas sobre la salud y la enfermedad*. Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.
- Feldman, D. (2014). La formación en la universidad y los cambios de los estudiantes. En: Civarolo, M. Lizarriturri, S. (comp.) *Didáctica general y didácticas específicas: la complejidad de sus relaciones en el nivel superior*. Universidad Nacional Villa María.
- Fernández Enguita, M. (1999). *La escuela a exámen*. Ed. Pirámide, Madrid.
- Ferrarotti, F. (2007). Las historias de vida como método. *Convergencia*, 14 (44): 15-40.
- Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Bulletin No. 4. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Revista Educación médica y salud*. 10, (2), 152-169.
- Foucault, M. (1996). El sujeto y el poder. *Revista de Ciencias Sociales*, (11-12): 7-19
- Freidson, E. (2022). *Profesión, ocupación y trabajo*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Ciudad de México.
- Frenk, J. Chen, L. Bhutta, Z. Cohen, J. Crisp, K. Evans, T, et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376: 1923-1958.
- Gallart, MA. (1992). La integración de métodos y la metodología cualitativa. En: Forni, F. Gallart, MA. Vasilachis, I. *Métodos cualitativos II: la práctica de la investigación*. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires.
- García, D. et al. (2006). Expectativas de estudiantes de medicina de pregrado en relación al perfil de médico esperado. *Rev Med Chile*, 134, 947-954.

- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Gimeno Sancristán, J. (2010). La función abierta de la obra y su contenido. En: Gimeno, J (comp). *Saberes e incertidumbres sobre el currículum*. Ediciones Morata, Madrid.
- Gimeno Sancristán, J. (2013). *El currículum: una reflexión sobre la práctica*. 10ma. edición. Ediciones Morata, Madrid.
- Giroux, H. (1981). *Ideology, Culture and the Process of Schooling*. Falmer Press.
- Goodson, I. (1997). *The changing curriculum*. Peter Lang Publishing. New York.
- Greenhalgh, T. Howick, J. Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *British Medical Journal*, 348:1-7.
- Guzmán, C. Saucedo, C. (2015). Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios. Abordajes desde las perspectivas de alumnos y estudiantes. *Revista Mexicana de investigación educativa*, 20 (67), 1019-1054.
- Hafferty, F. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73 (4): 403-407.
- Hawes, G. Troncoso, K. (2006). *Lineamientos para la transformación del currículum de la formación profesional en las carreras de la Red RINAC* (Mecesup AUS 402). Chile.
- Hernandez Sampieri, R. Fernández, C. Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta edición. Ed. Mc Graw Hill. México D. F.
- Holden, M. Buck, E. Clark, M. Szauter, K. Trumble, J. (2012). Professional identity formation in medical education: The convergence of multiple domains. *HCA Healthcare Journal of Medicine*, 87 (2), 161–168.
- Jackson, P. (1968). *Life in classroom*. University of Chicago. Teachers College Press.
- Larrosa, J. (2006). Sobre la experiencia. Aloma. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 19, 87-112.
- Lave, J. Wenger, E. (1991). *Situated Learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press.
- Lee, H, Kim, D. Kang, Y. (2024). Understanding medical students' transition to and development in clerkship education: a qualitative study using grounded theory. *BMC Medical Education*, 24: 910-922.
- Lermandas, C. (2008). Los roles del médico en una perspectiva de los estudiantes de medicina. *Rev Educ Cienc Salud*, 5 (1), 20-25.
- Ley 18.211 de 2007. *Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. 05 de diciembre de 2007. D.O. N° 27384.

- Lopezosa, C. Codina, L. (2023). *Chat GPT y software CAQDAS para el análisis cualitativo de entrevistas: pasos para combinar la inteligencia artificial de OpenAI con ATLAS.ti, Nvivo y MAXQDA*. Serie Editorial DigiDoc; Barcelona.
- Lucarelli, E. (1998). *La didáctica de Nivel Superior. Sus notas distintivas a manera de marco referencial de la asignatura*. Ficha de cátedra. Publicación de la Secretaría de Publicaciones de la Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Lucarelli, E. Finkelstein, C (editoras). (2012). *El asesor pedagógico en la universidad. Entre la formación y la intervención*. Miño y Dávila Editores; Buenos Aires.
- Lucarelli, E. (2013). *Teoría y práctica en la universidad. La innovación en las aulas*. Miño y Dávila Editores, Buenos Aires.
- Magrassi, G. Rocca, M. (1986). *La historia de vida*. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires.
- Malau-Aduli *et al.* Perceptions and processes influencing the transition of medical students from preclinical to clinical training. *BMC Medical Education*, 20: 279-292.
- Manrique, M. Di Mateo, M. Sanchez, L. (2016). Análisis de la implicación: construcción del sujeto y del objeto de investigación. *Cadernos de Pesquisa*; 46 (162): 984-1008.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8 (1), 185–207
- Monrouxe, L. (2010). Identity, identification and medical education: Why should we care? *Medical Education*, 44 (1), 40–49.
- Narro-Robles, J. (2004). La herencia de Flexner. Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad. *Gac. Méd. Méx*, 140 (1): 52-55.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud*. Alma Ata.
- Parson, T. (1967). *Ensayos de teoría sociológica*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Perera, M. (2003). *A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, LH.
- Pereira de Sá, C. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Disponible en: <https://archive.org/details/SAAConstrucaoDoObjetoDePesquisaEmRepresentacoesSociais/page/n1/mode/2up>
- Petra, I. Cortés, J. Talayero, J. Fouilloux, M. (2012). Representación semántica del concepto “medicina” en estudiantes de la Facultad de Medicina, UNAM. Un estudio longitudinal. *Inv Ed Med*, 1(2), 49-56.

- Pinzón, C. (2008). Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana*, 33 (1): 33-41.
- Pivel Devoto J. (1980). *Revista histórica*. Publicaciones del Museo Histórico Nacional. Tomo LII. Montevideo.
- Rey, F. (2004). *La inserción laboral de los médicos: los primeros años de ejercicio profesional y la incidencia del capital social* [Tesis de grado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República]. Colibrí - Repositorio institucional Udelar. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/27159>
- Sackett, D. Rosenberg, W. Gray, J. Haynes, R. Richardson, W. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312: 71-72.
- Sarlé, P. (2003). La historia natural en la investigación cualitativa. *Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación*, 21, 25-30.
- Sirvent, MT. (2006). *El proceso de investigación*. 2da edición. Cátedra de investigación y estadística educacional I, UBA.
- Sirvent, MT y Rigal, L. (2022). *La investigación social en lo educativo. Diferentes caminos epistemológicos, lógicos y metodológicos de producción de conocimiento*. (En edición).
- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Schraiber, L. B. (1993). *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. Hucitec.
- Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press.
- Starr, P. (1982). *The social transformation of American medicine*. Basic Books.
- Sternszus, R. Steinert, Y. Razack, S. Boudreau, J. Snell, L. Cruess, R. (2024). Being, becoming, and belonging: Reconceptualizing professional identity formation in medicine. *Frontiers in Medicine*, 11: 1-9.
- Strauss, A. Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 2nd ed. Sage Publications.
- Tracy, S. (2013). *Qualitative Research Methods*. Wiley-Blackwell publications; USA.
- Torres, J. (2005). *El currículum oculto*. 8va. edición. Editorial Morata; Madrid.
- Torres, A. Varas, D. (2018). Conceptos asociados al rol profesional del médico en estudiantes de la asignatura de ‘introducción a la medicina’. *Fundación educación médica*, 22 (1), 11-17.

Universidad de la República. (2011). *Ordenanza de Estudios de Grado y otros Programas de Formación Terciaria*. Res. N° 4 de C.D.C. de 30/VIII/2011 - Dist. N° 575/11 y 576/11. D.O. 19/IX/2011

Van Gennep, A. (1969). *Los ritos de paso*. Alianza Editorial.

Vasilachis, I. et al. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa Editorial; España.

Verd, J. Lozares, C. (2016). *Introducción a la investigación cualitativa: fases, métodos y técnicas*. Editorial Síntesis.

Walters, L. Prideaux, D. Worley, P. Greenhill, J. Rolfe, H. (2020). Perceptions and processes influencing the transition of medical students from pre-clinical to clinical training: a qualitative study. *BMC Medical Education*, 20: 279-282.

Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge University Press.

Willis, P. (1977). *Learning to labour: How working class kids get working class jobs*. Farnborough: Saxon House.

Abreviaturas

ACF. Asamblea de Claustro de Facultad.

APS. Atención Primaria de Salud.

ARCU. Sistema de Acreditación Regional de Carreras Universitaria

AT. Aprendizaje en territorio.

ASSE. Administración de los Servicios de Salud del Estado.

CENUR. Centro Universitario Regional.

CSE. Comisión Sectorial de Enseñanza.

CFM. Consejo de Facultad de Medicina.

DREMRD. Digestivo, renal, endocrino, metabolismo, reproductor y desarrollo.

E1. Entrevistado 1.

E2. Entrevistado 2.

E3. Entrevistado 3.

E4. Entrevistado 4.

E5. Entrevistado 5.

E6. Entrevistado 6.

ECOE. Evaluación clínica objetiva estructurada.

EFI. Espacio de Formación Integral.

EU. Extensión Universitaria.

IAMC. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

MC. Metodología científica.

MEXA. Mecanismo Experimental de Acreditación.

UC. Unidad curricular.

Udelar. Universidad de la República.

Apéndice

Apéndice A - Guía de entrevista

Fecha de la entrevista: ___/___/___

Número de sesión: ___

Código entrevistado: ___

Tópico 1 - Familia y formación curricular previa		
<i>Lances</i>	<i>Relances</i>	<i>Eme</i>
Lugar de nacimiento y en año	¿Siempre vivió en el mismo lugar?	
Composición de su familia		
Nivel educativo de los padres	Rubro laboral	
Lugar donde realizó educación primaria	Realización de actividad extracurricular (ej. idioma, deporte, arte)	
Lugar donde realizó educación secundaria	¿Por qué eligió la orientación biológica en bachillerato?	
¿Dónde vive actualmente y con quién?	Si tiene hijos y/o alguien a su cuidado	
Si trabaja actualmente	¿En qué rubro?	

Tópico 2 - Elección de la carrera y primeros años de cursada		
<i>Lances</i>	<i>Relances</i>	<i>Eme</i>
¿Por qué eligió la carrera de medicina? ¿Qué pensabas sobre ser médico en ese entonces?	¿Qué le dijeron sus padres en ese momento?	
Recuerdos de su primer día de clase en la carrera	Sentimientos que sintió	
Sentimientos que tuvo cuando le dijeron que debía ir a una comunidad/ territorio en el marco curricular en el primer año	¿Qué le dejó esa experiencia?	

Sentimientos cuando cursaba salud pública, bioestadística y bioética		
Durante los tres primeros años de la carrera tuvo los cursos sobre estructuras y funciones normales del organismo humano, ¿Qué le dejó para su formación?	¿Qué sentía durante esos cursos?	
Realización de cursos optativos/ electivos realizaste	Motivo de elección	
Realización de alguna actividad de extensión y/o investigación durante su formación	¿Por qué los realizó? ¿En qué le aportaron a su formación?	
Aportes a su formación médica los ciclos de metodología científica (I y II)	¿De qué trató su monografía y por qué eligió ese tema? ¿En qué le aportó?	
En los primeros tres años de la carrera, ¿Qué pensabas sobre el ser médico?	¿Varió entre primero, segundo y tercero?	

Tópico 3 - Formación clínica de la carrera

<i>Lances</i>	<i>Relances</i>	<i>Eme</i>
Recordando sus inicios en la clínica, sentimientos con sus primeras experiencias con pacientes	Sentimientos generados con pacientes pediátricos, embarazadas, adultos, internados (por patología médica o quirúrgica), en emergencia, policlínica	
Recuerdos de su práctica clínica en el ámbito hospitalario (clínica médica y quirúrgica en sala y emergencia) y comunitario (policlínica medicina familiar)	¿Qué le dejó para su formación como médico? ¿Qué pensaba en 4to sobre ser médico? ¿en 5to? ¿y en 6to?	
En el último trienio tienen los cursos sobre patología médico-quirúrgico y terapéutica, sentimientos que le generaban al cursarlos.	¿Qué le dejaron para su formación?	
Ahora se encuentra cursando el ciclo internado, sentimientos al comenzar su primer día de la primera rotación	Rotaciones realizadas. Motivo de elección. ¿Siente que está realizando el ejercicio de la medicina?	

Tópico 4 - Experiencias que han contribuido y visiones a futuro

<i>Lances</i>	<i>Relances</i>	<i>Eme</i>
Cursos que sintió que han contribuido a su formación como médico	Cursos que sintió que no han contribuido a su formación como médico	
En la historia de toda su formación universitaria, recuerdo de las experiencias más positivas que recuerda para su formación	Recuerdos de las más negativas para tu formación	
Recuerdos de enseñanzas positivas de sus docentes ha tomado para su formación como médico	Enseñanzas negativas que no ha tomado para su formación	
De las experiencias que ha transitado en la carrera compartiendo con docentes, compañeros de clase, pacientes y con otros profesionales, ¿qué actitudes y aptitudes como profesional toma?	¿Cuáles no?	
¿Cómo se visualiza como médico? ¿Piensa realizar algún posgrado?	¿En qué espacios le gustaría estar trabajando? ¿Dónde se imagina estar trabajando?	

Apéndice B - Consentimiento informado

Evolución de las visiones sobre el ser médico en estudiantes de medicina como resultado de su experiencia educativa universitaria.

Autor: Pereyra, David.

Introducción

Este estudio al que lo/a estamos invitando a participar tiene como finalidad conocer las visiones sobre el ser médico que poseen estudiantes de la carrera de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Uruguay, como resultado de su experiencia educativa universitaria. Será mediante una serie de entrevistas individuales utilizando la técnica de historia de vida.

Objetivo

El cometido de este Estudio es conocer la evolución de las visiones que tienen los estudiantes sobre el ser médico como resultado de su experiencia educativa en la carrera de medicina de la Universidad de la República (Uruguay).

Población

En este estudio participarán estudiantes uruguayos que se encuentran cursando actualmente la carrera de Doctor en Medicina con el Plan de Estudios 2008 en la sede Montevideo de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Se tomarán aquellos estudiantes que se encuentran cursando el último año de la carrera, en el ciclo de internado rotatorio.

Metodología.

Este estudio parte desde una perspectiva hermenéutica, de generación conceptual. Si usted acepta participar del estudio, se realizarán una serie de entrevistas (el número dependerá de la dinámica que se genere) con la intención de reconstruir sus experiencias de vida en el ámbito educativo. Se le preguntará sobre su historia en la educación primaria, secundaria, motivo de elección de la carrera de medicina, como se visualizaba previo a comenzar la universidad, como se visualiza a futuro como profesional, experiencias en la carrera, entre otros. Previo a su realización le solicitaremos su consentimiento informado y firmado.

Responsables.

El investigador a cargo de este proyecto de investigación es del Dr. David Pereyra Curbelo, quien se encuentra realizando su tesis para la Maestría de Enseñanza Universitaria de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación y la Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República. El investigador cuenta con la orientación de los Prof. Dra. Mercedes Collazo y el Prof. Agdo. Dr. Gabriel Errandonea.

Datos de contacto: Teléfono celular: (+598) 92826399. E-mail: davidpereyra@fmed.edu.uy

Beneficios del Estudio

Los resultados que se obtengan en este estudio aportarán al conocimiento sobre el estado de la formación de los futuros profesionales médicos de esta casa de estudios superiores. Usted no percibirá ningún incentivo económico o de otra índole por participar en este estudio, sino que, el beneficio que recibirá será su colaboración en el desarrollo de esta investigación. La participación en el Estudio no le ocasionará ningún perjuicio en su tránsito curricular ni en su futuro profesional.

Participación voluntaria y confidencialidad

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria. No recibirá ninguna remuneración por su participación y no le ocasionará ningún gasto. Si se siente incómodo con alguna pregunta puede negarse a contestar. Si usted decide no participar puede hacerlo libremente, en cualquier momento, sin sufrir ningún perjuicio. Se resguardará la identificación de los participantes y se garantizará la confidencialidad de los datos obtenidos. La información que se obtenga será utilizada solamente para los fines de la investigación. Su nombre no será revelado bajo ninguna circunstancia, en ningún momento del estudio ni tampoco durante la publicación de los resultados.

Financiamiento

Este estudio no cuenta con financiación de ningún organismo.

Comité de Ética.

Este estudio es regulado por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.

Yo he sido informado sobre las características del estudio en su totalidad. Tuve la oportunidad de realizar preguntas sobre el mismo, obteniendo todas las respuestas apropiadamente. Yo decido participar voluntariamente del estudio.

Nombre del Participante

Fecha

Firma del Participante

Nombre del Entrevistador

Firma del Entrevistador

