



**Análisis cualitativo de perspectivas sobre el Profesionalismo Médico de
estudiantes de cuarto año de medicina de la Facultad de Medicina Clínica
Alemana de Santiago — Universidad del Desarrollo.**

Gonzalo Ignacio González Ruiz

**TRABAJO DE GRADO DE MAGÍSTER INTERUNIVERSITARIO DE
BIOÉTICA, FACULTAD DE MEDICINA CLÍNICA ALEMANA DE
SANTIAGO – UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO.**

Diciembre 2025

Tutora guía: Sofía Salas Ibarra

AGRADECIMIENTOS

Aprovecho este espacio para agradecer a todas aquellas y aquellos que me apoyaron y guiaron en este proceso. De manera especial, agradezco a mi tutora guía, la Dra. Sofía Salas, por su paciencia, dedicación y rigurosidad. Su preocupación constante, su acompañamiento experto y su comentario asertivo fueron clave para orientar y motivar mi trabajo. Muchísimas gracias.

Agradezco al equipo de profesores que participan en el Magíster Interuniversitario de Bioética de la Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo. Gracias a Uds., esta etapa formativa ha sido emocionante, reconfortante y extremadamente significativa; ha dado mayor sentido a mi carrera profesional y vida personal. Le doy las gracias a la directora de este programa de posgrado, Bernardita Portales, por su apoyo, cercanía y disponibilidad cuando lo necesité.

También doy las gracias a la Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo y a sus colaboradores por facilitar mi proceso de estudios, otorgando tiempos protegidos y apoyándome con el financiamiento. Valoro mucho esta oportunidad.

Muchas gracias a la Dra. Carla Benaglio y Dra. Paula Martens por compartir diálogos y reflexiones sobre humanismo y medicina. Han sido un espacio preciado y un apoyo necesario.

A mis amigos y amigas, y a mis compañeros y compañeras de estudios: no saben cuánto agradezco su presencia. A mis padres y hermanos, por su constante atención y cariño.

A Olivia, por hacerme compañía en mi trabajo y ladrarme cuando necesitaba descansar.

Y para Vero: no hay espacio de escritura que sea suficiente para expresar todo lo que te debo agradecer.

Por último, deseo manifestar mi profundo agradecimiento a los participantes de este estudio, que dieron su consentimiento para analizar sus textos.

ÍNDICE INTERACTIVO

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
PROFESIONALISMO MÉDICO: MARCO TEÓRICO Y ESTUDIOS PREVIOS	12
Definición de Profesionalismo Médico	12
Cómo se enseña Profesionalismo Médico	18
Estudios sobre Profesionalismo Médico	23
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	29
Objetivos específicos	29
METODOLOGÍA	30
Análisis de datos	33
Aspectos éticos considerados	39
RESULTADOS	41
Selección de participantes y textos	41
Panorama y estructura general del análisis temático	42
Resultados por tema	44
Resultados por sub-corpus	55
Saturación y suficiencia	65
DISCUSIÓN	67
Síntesis general de resultados y discusión por temas	67
Comparación con marcos teóricos canónicos y otras definiciones	72
Experiencias formadoras de Profesionalismo Médico	74
La Bioética en la formación de Profesionalismo Médico	75
Alcances del estudio y futuras líneas de investigación	79
Limitaciones del estudio	80
CONCLUSIÓN	82
REFERENCIAS	85
ANEXOS	96
Anexo 1. Nueva malla curricular carrera de medicina de la FM CAS-UDD	96
Anexo 2. Instrucciones y estructura de portafolio	97
Anexo 3. Consentimiento informado para uso en investigación para estudiante	99
Anexo 4. Carta de autorización al uso de información de portafolios de coordinación de la rotación de APS	101

Anexo 5. Acta de aprobación del Comité Ético Científico (CEC)	102
Anexo 6. Extracto de muestra de la Bitácora Reflexiva del Investigador	104
Anexo 7. Matrices	108
Anexo A. Matriz de palabras por pregunta y estudiante	108
Anexo B. Códigos temáticos por caso — Amplitud (orden predeterminado por NVivo)	109
Anexo C. Códigos experienciales por caso (P3) — Amplitud (orden predeterminado por NVivo)	115
Anexo D. Temas por caso — Amplitud (orden predeterminado por NVivo)	119
Anexo E. Temas por caso — Palabras (orden predeterminado por NVivo)	120
Anexo F. Co-existencias códigos temáticos con experienciales por tema	121
Anexo G. “Primero en”: posición de aparición de un código por primera vez en el análisis	128
Anexo H. Saturación: evolución de saturación por pasos de análisis	132
Anexo 8. Listado de códigos final	134

RESUMEN

En un contexto en que el Profesionalismo Médico (PM) se ha declarado competencia central en la formación médica y la Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo (FM CAS-UDD) está en proceso de renovación curricular, es relevante profundizar en esta dimensión para mejorar la enseñanza. Sin embargo, a diferencia de la literatura internacional, la evidencia cualitativa local sigue siendo limitada, especialmente la que recoge estas miradas desde la voz de los estudiantes.

Este estudio cualitativo explora las perspectivas sobre el PM de trece estudiantes de cuarto año de la FM CAS-UDD, a partir de reflexiones escritas en un portafolio de la rotación de Atención Primaria en Salud 2024 sobre la definición de PM, la descripción de un “buen médico” y experiencias formativas. Se utilizó un análisis temático inductivo, basado en la Reflexive Thematic Analysis de Braun & Clarke y apoyado por NVivo 15.

Emergieron siete temas: humanización y atención centrada en la persona; virtudes e identidad profesional; responsabilidad y ética aplicada; relación y comunicación con pacientes; competencias técnicas y juicio clínico; trabajo en equipo e interdisciplina; y autocuidado, límites y emociones. En las experiencias formativas destacan el modelaje de rol de tutores clínicos, la práctica supervisada y el contacto cercano con pacientes y sus familias como fuentes clave de aprendizaje. Para esta cohorte, el PM se configura como un equilibrio entre excelencia técnica y humanización de la atención, enmarcado en un contrato social. Estos hallazgos aportan evidencia local que dialoga con la literatura sobre centralidad de la persona, virtudes y

responsabilidad/compromiso con los pacientes, y podrían orientar el diseño y evaluación de estrategias formativas y del cambio curricular.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, la profesión médica se ve desafiada ante los avances de la ciencia. Nuevos métodos diagnósticos, cirugías robóticas, medicamentos para tratar enfermedades consideradas como incurables, aparecen rápidamente y exigen profesionales que deben estar constantemente actualizados. No solo encontramos soluciones a problemas que nos aquejan desde el pasado, sino que también nos topamos con desafíos y dificultades derivados de estos avances, como los altos costos de estas nuevas tecnologías y los problemas éticos relacionados.

Durante las últimas décadas, los pacientes, sus familiares y la misma sociedad, desde un punto de vista más general, han visto dificultades en la satisfacción de las necesidades que se dan en la relación que tienen con la comunidad médica y esto se puede explicar por la presencia de diferentes factores: explosión tecnológica médica y no médica, crisis climática, globalización, problemas migratorios, fuerzas del mercado cambiantes, entre otros. (Colegio médico de Chile, 2021, Ludwig, 2020). Con el tiempo, esta insatisfacción ha provocado un quiebre del contrato social del médico con el paciente, tanto desde una perspectiva personal, por falta de confianza en un médico en particular, como en general hacia los médicos como comunidad.

Si bien esta falta de confianza no es nueva, se ha visto la aparición de una mayor cantidad de estudios en las últimas décadas que evidencian la erosión de la confianza (Jacobs, 2005). Esto ha sido objeto de preocupación y consecuente evaluación y estudio del problema. Por ejemplo, Papadakis y cols. (2004) observan el vínculo de comportamientos no-profesionales en las escuelas de medicina por parte de estudiantes con subsecuentes acciones disciplinarias una vez ya egresados. En Latinoamérica, específicamente, se ha visto un aumento del número de

juicios por *mal praxis*, que han sido vinculados parcialmente a la falta de entrenamiento en profesionalismo, concepto que será expandido más adelante. Además, se ha percibido falta de entrenamiento formal en esta competencia, identificada por los procesos de acreditación universitaria (Puschel, 2017).

Ante esto, las facultades de medicina han creado nuevos esfuerzos para cambiar el enfoque de la formación de sus estudiantes y la educación continua de médicos ya egresados. Las entidades formadoras de estudiantes de medicina tienen la necesidad de modificar sus actividades académicas para la formación de profesionales que respondan a las expectativas sociales (Bryden, 2010; Byszewski, 2015; Papadakis, 2001). Tanto en Latinoamérica como en el resto del mundo, ha aumentado la preocupación en la reestructuración de la enseñanza de Profesionalismo Médico (Puschel, 2017; Romão, 2019; Feitosa, 2020). Por ejemplo, en Chile, diversas universidades han iniciado procesos de cambio en sus mallas curriculares, permitiéndose generar mayor eficiencia educativa y estableciendo un enfoque mayor -o por lo menos, más explícito- en las competencias humanistas. El profesionalismo es la base del contrato social del médico con la sociedad y la institución académica debe formar a sus estudiantes y docentes para intentar sanar este ambiente de menor confianza por parte de los pacientes (Cruess, 2008).

Sin embargo, la reformulación de los sistemas de enseñanza en términos de profesionalismo se ha visto dificultada. La educación médica requiere un sistema coherente de identificación de resultados de aprendizaje claros y concordantes con la realidad que los estudiantes deberán enfrentar. Junto con estos resultados de aprendizaje, se debe realizar la

generación de metodologías que permitan el logro por parte de los participantes de los objetivos, de forma eficiente y la construcción de evaluaciones que retroalimenten este proceso educativo. Para todo esto, se requiere saber qué es a lo que nos referimos cuando hablamos de “Profesionalismo Médico” y porqué son relevantes las discusiones en torno a su definición:

Una definición es necesaria para transmitir significado, tanto para aquellos dentro de la profesión, confirmando una identidad compartida, como para aquellos fuera del campo, especialmente el público en general, para identificar a qué se dedica la profesión y qué valores tiene. Una definición también es una base fundamental para la evaluación de estudiantes de medicina y para la evaluación del desempeño en profesionales en ejercicio (Birden, 2014).

Con esto, surgen nuevos problemas ya que “existe vasta literatura sobre la materia, pero sin definición resuelta, y aún menos métodos de enseñanza y evaluación” (Birden, 2014). Así, las facultades de medicina que pretenden profundizar sus esfuerzos en mejorar la educación en profesionalismo, buscan una definición que se ajuste a una visión ideal del profesional, coherente con la sociedad en la cual este se vaya a desenvolver. Lamentablemente, estos esfuerzos se ven dificultados ante la definición de “Profesionalismo Médico” que puede resultar ambigua.

Ante la falta de claridad sobre el tema y en búsqueda de mejorar la enseñanza de Profesionalismo Médico, la investigación relacionada ha ido creciendo, explorando la construcción conceptual y/o definición del profesionalismo a través de las percepciones,

actitudes u otros, de los actores relevantes del tema. La literatura internacional es abundante y así también, definiciones que diferentes países o instituciones toman como referente para formar a sus estudiantes, teniendo variaciones según los contextos socioculturales de cada lugar. Por otro lado, la literatura e investigación original chilena — y también, latinoamericana — sobre el tema es escasa y aún más son las definiciones propias, contando apenas con una sola definición original en Chile (Puschel, 2017). Estas diversas definiciones serán exploradas más adelante.

En vista de los procesos de reformulación curricular que viven algunas facultades, como la Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo (FM CAS-UDD), es que la falta de información y datos sobre Profesionalismo Médico se hace relevante. Esta escasez de literatura local se convierte en un obstáculo para poder lograr mayor eficiencia en la formación, al no poder abordarlo de una forma más específica, contextualizada, y relevante socialmente.

Por lo tanto, resulta de importancia explorar la construcción conceptual del Profesionalismo Médico a través de las percepciones de los actores participantes. A través de pacientes, médicos y médicas, académicos y académicas, estudiantes de medicina y otros, es posible tener una visión completa de este contrato social. Por ejemplo, algunos estudios muestran el dinamismo, evolución y algunas diferencias entre estudiantes de medicina y médicos en la percepción del concepto “Profesionalismo Médico” (Reimer, 2019; Klemenc-Ketis, 2014; Kavas, 2015; Fasce, 2009). Por ejemplo, estudiantes de primeros años suelen tener una visión idealizada del médico y de su rol en la sociedad en comparación a la

perspectiva más realista de médicos y estudiantes avanzados (Reimer, 2019).

De forma particular, la visión del estudiantado es valiosa para entender con mayor profundidad el Profesionalismo Médico, por sus características de ser receptores de la formación en la competencia profesional, practicantes clínicos supervisados en sus respectivas instituciones y futuros médicos. Las investigaciones focalizadas en ellos otorgan mayor entendimiento no solo de su percepción sobre Profesionalismo Médico, sino también ayudan a retroalimentar el proceso educativo al cual han sido expuestos, siendo potencialmente útiles para aquellas facultades de medicina que deseen replantear cómo enseñan.

Así, el presente análisis busca contribuir a la literatura local indagando las percepciones de un grupo de estudiantes de medicina de una Facultad de Medicina de Chile respecto de profesionalismo. También, particularmente, busca servir como aporte para comprender mejor la visión del estudiantado, en una facultad que ha iniciado su proceso de cambio curricular y, de esta manera, contribuir a mejorar la enseñanza y evaluación del Profesionalismo Médico.

A continuación, se expandirán los puntos mencionados y se establecerá el marco teórico para este estudio, comenzando con el conocimiento sobre el Profesionalismo Médico, analizando la conceptualización y la relevancia de la investigación continua al respecto. Luego se explorará cómo se realiza la educación de Profesionalismo Médico y los resultados de estudios anteriores en poblaciones de estudiantes, similares al que se plantea acá.

PROFESIONALISMO MÉDICO: MARCO TEÓRICO Y ESTUDIOS PREVIOS

Definición de Profesionalismo Médico

La concepción del Profesionalismo Médico es antigua, y por lo menos se remonta desde el 400 A.C en relación al juramento hipocrático. Este juramento, que fue usado por muchas escuelas y actualmente sirve de inspiración para la formulación de juramentos propios al momento de egreso por los estudiantes de medicina, servía de código que definía la identidad y comportamiento del médico en el marco del contexto social en cual la práctica de la profesión se realizaba. En 1856 en el diccionario Webster's aparece por primera vez el término "profesionalismo" para referirse a "conducta, objetivo o cualidad esperada para una profesión o profesional" y en 1970 aparece el término siendo utilizado por primera vez en la literatura médica (Feitosa, 2019). Desde entonces se han realizado diferentes esfuerzos para definir "Profesionalismo Médico" y diferenciarlo de otros términos que se usan de forma intercambiable (Birden, 2014). Por ejemplo, Cruess y cols. (2004) en su propia definición del término, se enfoca en una perspectiva contractualista y su compromiso ético que dan cuenta de los privilegios de la profesión:

Una ocupación cuyo elemento central es el trabajo basado en el dominio de un cuerpo complejo de conocimientos y habilidades. Es una vocación en la cual el conocimiento de algún departamento de la ciencia o el aprendizaje, o la práctica de un arte fundado en él, se utiliza en servicio de otros. Sus miembros están regidos por códigos de ética y profesan un compromiso con la competencia, la integridad y la moralidad, el altruismo y la promoción del bien público dentro de su ámbito. Estos compromisos forman la base

de un contrato social entre una profesión y la sociedad, que a cambio otorga a la profesión un monopolio sobre el uso de su base de conocimientos, el derecho a una considerable autonomía en la práctica y el privilegio de la autorregulación. Las profesiones y sus miembros son responsables ante quienes sirven y ante la sociedad.

Luego, Wilkinson (2009) en una revisión de la literatura, clasificó los valores definitorios del profesionalismo en cinco grupos: adherencia a principios éticos, interacciones eficaces con los pacientes y con las personas que son importantes para esos pacientes, interacciones eficaces con otras personas que trabajan dentro del sistema sanitario, fiabilidad y compromiso de mantenimiento autónomo y mejora continua. Esta clasificación comparte elementos comunes, pero muestra un enfoque diferente, centrado en características relacionales interpersonales y que no son mencionados en la definición planteada por Cruess y cols (2004).

Por otro lado, Wynia (2014) sugiere alejarse de definiciones basadas en listas — como las de algunas agrupaciones, que serán mencionadas más adelante — ya que, a pesar de la funcionalidad de éstas, arriesgan ocultar los propósitos, funciones y demandas fundacionales del profesionalismo. Describe que:

No es simplemente un recuento de lo que los médicos prometen a los pacientes y a la sociedad. En su raíz, es la fuerza motivadora, el sistema de creencias, que lleva a los clínicos a unirse en grupos, y a menudo a través de divisiones ocupacionales, para crear y mantener promesas compartidas.

Y finalmente, en una versión acortada a la original, define profesionalismo como:

Un sistema de creencias sobre la mejor manera de organizar y brindar atención médica, que llama a los miembros del grupo a declarar conjuntamente ("profesar") lo que el público y los pacientes individuales pueden esperar con respecto a los estándares de competencia compartidos y los valores éticos, y a implementar medios confiables para garantizar que todos los profesionales médicos cumplan con estas promesas [...].

Diversas organizaciones han creado sus propias definiciones, con énfasis en entregar una guía formal para los profesionales que representan, tal es el caso de la Royal College of Physicians de Canada que describe al Profesionalismo Médico como “[...] un conjunto de valores, comportamientos y relaciones que sustentan la confianza que el público tiene en los médicos. La medicina es una vocación en la que los conocimientos, las habilidades clínicas y el juicio del médico se ponen al servicio de la prevención y la restauración del bienestar de las personas” (Frank, 2005, p 45.).

Comenzando el nuevo milenio, la American Board of Internal Medicine (ABIM) en conjunto a la Federación europea de Medicina Interna, el American College of Physicians y la American Society of Medicine han creado el Proyecto de Profesionalismo Médico para poder atender al desafío de la definición de Profesionalismo Médico. El resultado es expresado a través del Charter of Medical Professionalism (ABIM, 2002) que identifica tres principios y diez compromisos del médico:

Principios fundamentales

- Primacía del bienestar del paciente

- Autonomía del paciente
- Justicia social

Compromisos

- Competencia profesional
- Honestidad
- Confidencialidad
- Mantener relaciones apropiadas con los pacientes
- Perfeccionar la calidad de la atención
- Mejorar el acceso a la atención
- Distribución justa de recursos limitado
- Conocimiento científico
- Gestión confiable de los conflictos de interés
- Responsabilidad profesional

La interpretación del concepto realizada por ABIM es a menudo citada, siendo incluida en la sección que se refiere a profesionalismo en el Código de Ética desarrollado por el Colegio Médico de Chile (2021) y que es referencia para el comportamiento de los profesionales colegiados del país.

Por otro lado, Pellegrino y Thomasma (1993) ofrecen otra forma de entender el Profesionalismo Médico, menos centrada en principios o listas y más en el tipo de persona que el profesional está llamado a ser. Para él, el “buen profesional” es conformado por virtudes que

orientan su práctica clínica: una relación fiduciaria de confianza con el paciente, la benevolencia como compromiso a buscar el bien del paciente, la postergación del propio interés, la compasión y el cuidado integral, la honestidad intelectual, la justicia en el trato y en la distribución de recursos, y la prudencia como la capacidad de decidir qué es mejor para cada paciente en su situación concreta. Desde esta perspectiva, el Profesionalismo Médico se centra en las preguntas de “¿qué tipo de médico debo llegar a ser” en lugar de “¿qué debo hacer?”.

En Latinoamérica, los estudios relacionados al tema son escasos. Puschel y cols. (2017), ante la ausencia de definiciones locales propias, realizan una evaluación de la literatura existente en la región hasta el momento y un análisis cualitativo sobre profesionalismo, con la participación de varias facultades de medicina chilenas para la formulación de una definición propia. En su estudio identifican diversas perspectivas de construcción de las diferentes definiciones y las clasifican en tres perspectivas éticas: contractualismo, personalismo y deontología. Realizan una revisión sistemática de la bibliografía latinoamericana y observan preferencias locales en cuanto a la construcción de la definición de Profesionalismo Médico, como mayor tendencia por las teorías personalista y contractualista en comparación a la deontológica, mayor relevancia de la compasión y la empatía como atributos y, en Chile, una preeminencia de la virtud de la prudencia como un componente clave. Finalmente, a través de la identificación de los atributos comunes encontrados en la literatura, construyen la única definición original local donde definen al Profesionalismo Médico como el “Actuar médico de excelencia basado en el respeto a la vida y dignidad humana y en las virtudes de benevolencia,

compasión, prudencia y justicia” (Puschel, 2017), resultando en una visión diferente a la descrita internacionalmente.

Se puede apreciar que existen diferentes interpretaciones y perspectivas con respecto al profesionalismo en diversos contextos culturales. Estas diferencias de las definiciones obtenidas por cada uno de los autores se llegan a aceptar como parte de la variabilidad cultural temporal y espacial del concepto. Una definición fácil y única — es decir, universal, objetiva y concreta de “profesionalismo” — pareciera no resultar obtenible, a pesar de la abundante literatura al respecto (Bryden, 2010). Otros autores han sugerido que:

La alternativa (es decir, tenemos definición y medición, fin de la discusión) sería el fin del Profesionalismo Médico tal como lo conocemos. Porque el profesionalismo debe funcionar en ambos niveles, el "real" y el "ideal", reflejando así la naturaleza de las partículas subatómicas que existen (tienen masa) solo cuando están en movimiento. (Hafferty, 2004).

La variación contextual en la definición de profesionalismo está sujeta a cambios en el transcurso del tiempo -la concepción e interpretación es diferente ahora versus hace unas décadas- y a los espacios donde se construye. Como se mencionó previamente, la visión de profesionalismo en regiones internacionales puede no responder a la realidad local y por lo tanto no son de completa utilidad como base para la construcción del profesionalismo a través de un currículo. Podría ser incluso que existan diferencias significativas entre instituciones de un

mismo país o región, dependiendo de la cultura universitaria que se desea cultivar y el tipo de estudiantes que reciba cada facultad.

Si revisamos la situación en Chile, el país tiene una estructura económica destacada por su inequidad entre clases, siendo uno de los países de la OCDE peor situados en estos términos (Mieres, 2020). Posee un sistema de salud público y privado que tiene diferencias claras en la población que atiende, en la calidad del servicio e infraestructura percibidos y en la cantidad de recursos a disposición (Aravena, 2015). Dadas estas diferencias, es esperable que las necesidades de atención médica de los pacientes y los ideales de atención de ellos, sean distintos. Por lo tanto, una definición que intente ser universal para la población chilena podría ser insuficiente.

Cómo se enseña Profesionalismo Médico

El profesionalismo ha sido recogido como uno de los desafíos del siglo XXI para los currículos de las facultades de medicina del mundo. Para atender a las necesidades de una sociedad que pide otro tipo de médicos, se ha planteado una inclusión temprana, constante, consciente y más explícita en la formación del Profesionalismo Médico en estudiantes de medicina. Esta enseñanza ha sido operacionalizada de forma que se traduzca en evaluaciones, metodologías y resultados de aprendizaje coherentes entre sí, orientados al cumplimiento de un perfil de egreso. Sin embargo, esta construcción educativa tiende a verse dificultada por la pregunta que acecha la discusión sobre el profesionalismo y que tiene que ver con la propia definición de “Profesionalismo Médico”.

Desde esta complejidad, Cruess y cols. (2006), reconocen ocho aspectos, que ellos identifican como “principios”, desde los cuales se realiza y sostiene la formación en Profesionalismo Médico:

1. Apoyo institucional: para una validación de las metodologías y evaluaciones relacionadas a la enseñanza de Profesionalismo Médico, se requiere participación activa de los equipos directivos y decanatos en reforzar la importancia del profesionalismo, a través de la asignación de espacios, tiempos y recursos.
2. Modelaje: la visión de médicos/as como modelos de profesionalismo es una herramienta potente en el proceso, permiten al estudiante desarrollar un acuerdo sobre cuáles son las metas en común. Así mismo, un modelaje negativo, puede ser una problemática de alto poder en la transmisión del Profesionalismo Médico.
3. Desarrollo de facultad: para que los modelos sean efectivos debe existir un acuerdo a nivel institucional sobre las definiciones y características del Profesionalismo Médico, para orientar la práctica y transmisión coherente de estos.
4. Base cognitiva: el aprendizaje del profesionalismo debe explicitar las raíces históricas y la naturaleza del profesionalismo, así mismo las dinámicas por las cuales se sostiene este contrato social. En este punto los autores mencionan que “La definición y descripción del profesionalismo son de suma importancia, ya

que dictan lo que se enseñará, evaluará y se esperará de los estudiantes, residentes y médicos. Por lo tanto, cada institución debe acordar el contenido de la base cognitiva, y este debe permanecer consistente a lo largo del proceso educativo.”

5. Aprendizaje experiencial: el desarrollo del aprendizaje del Profesionalismo Médico requiere un espacio seguro donde el estudiante pueda ejercer y eventualmente, internalizar la práctica de las actividades clínicas de una forma profesional. Acompañado de la reflexión constante, permite una oportunidad del desarrollo de una identidad profesional personalizada.
6. Evaluación: todo aprendizaje entregado debe buscar ser evaluado, en profesionalismo esto permite retroalimentación sobre si el estudiante está logrando las metas deseadas.
7. Ambiente: las instituciones que deseen enseñar profesionalismo deben tener una cultura y estructura que permita el aprendizaje coherente de los conocimientos y prácticas profesionales, en sus presentaciones formales, informales y ocultas del currículo. La institución debe mostrar un interés explícito en la formación de buenos médicos/as y al mismo tiempo comportarse en concordancia a los valores, virtudes o principios que transmiten.
8. Continuidad: el profesionalismo debe ser enseñado de manera constante durante toda la formación, e integrado a medida que se adquieren conocimientos de otras

áreas o dominios. Los siete puntos anteriores deben estar presentes durante cada año de aprendizaje del estudiante.

En general, estos ocho principios siguen siendo, casi veinte años después, pilares que se utilizan para lograr el desarrollo de profesionalismo de estudiantes de medicina. En programas de desarrollo profesional y personal — que pueden verse descritos en literatura internacional como *Personal and Professional Development (PPD)* — se estructura la enseñanza de profesionalismo según la etapa del estudiante en formación, ejemplificando lo descrito por Cruess y cols. (2006) y especificando en cada uno de sus puntos (University of Nottingham, s.f.; Walton, 2013).

Como ya se ha mencionado anteriormente, algunos autores advierten que el Profesionalismo Médico no debe ser enseñado solamente como listados de conductas o competencias observables, sino también como una reflexión profunda de las formas del ser médico y sus compromisos. Brody y cols. (2014) proponen comprender el profesionalismo como una “promesa generadora de confianza” y como una “aplicación de la virtud a la práctica”. Desde esta comprensión, la operacionalización de la enseñanza permite que los comportamientos que suelen aparecer en los “*checklists*” aparezcan como consecuencias lógicas del aprendizaje.

Similar a lo propuesto por Cruess y cols. (2006), estos mismos autores sugieren ciertas orientaciones para la enseñanza del profesionalismo médico: base cognitiva simple centrada en los dos ejes previamente mencionados y combinación de exposición explícita con aprendizaje situado (en contextos clínicos, por ejemplo).

De forma complementaria, Irby y cols. (2016) describen tres grandes marcos para abordar el Profesionalismo Médico: virtudes, conductas y formación de identidad profesional; señalando que cada uno orienta estrategias pedagógicas distintas. El marco de las virtudes pone énfasis en el compromiso y la reflexión personal con la conformación del carácter y hábitos; el marco conductual se traduce en comportamientos evaluados; y el marco de identidad destaca la importancia de acompañar al estudiante en el tiempo, con mentores/modelos y experiencias que le permitan hacer suyos los valores profesionales. La enseñanza a través del uso de estos tres enfoques permite una formación más integral, donde se trabajan juntos lo que el estudiante sabe, lo que hace y el tipo de médico que quiere ser.

En este contexto, en Chile, en su renovación de malla curricular que inició el año 2024, la Facultad de Medicina CAS-UDD explicitó y reforzó los espacios curriculares dados para profesionalismo, convirtiendo el área en un ámbito transversal y continuo de la carrera (Figura 1). Se exige la inclusión en los resultados de aprendizajes (ya sean actitudinales o cognitivos) de las materias y cursos, además de integrarse en disciplinas de predominio técnico, acompañado de una evaluación constante que es explícita para los estudiantes. Esto en contraste con la malla curricular original, donde el profesionalismo era expresado como un componente constante en los cursos, pero sin especificaciones generales o particulares, ni espacios explícitos.

Figura 1. Extracto de la malla curricular de medicina renovada de la Facultad de Medicina CAS-UDD.

PROFESIONALISMO	BIENESTAR	USO Y GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO	FUNDAMENTOS BIOMÉDICOS	PRÁCTICA MÉDICA	SEMESTRE I y II
Bioética	Ciencia del bienestar Atención plena	Expresión oral Expresión escrita Pensamiento crítico Lectura crítica Estadística	Bioquímica Biología molecular Biología celular Genética Embriología Histología Anatomía Biofísica Fisiología Inmunología Microbiología Integración disciplinas	Identidad profesional Vinculación con la persona Entrevista e historia clínica Procedimientos básicos	

Nota. Arriba se muestran los ámbitos transversales que se mantienen durante la carrera de medicina. En el lado de profesionalismo, no visibles en esta imagen, se incluyen Cuidado, Comunicación, Razonamiento clínico, Interdisciplina, Trabajo en equipo, Trabajo comunitario, Lifelong learning, inglés y Créditos Extradisciplinares de Libre Elección (CELE). (Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, s.f.). Se podrá ver en mayor detalle en el Anexo 1.

Estudios sobre Profesionalismo Médico

Como ya se mencionó anteriormente, la construcción del concepto profesionalismo es influida profundamente según distribución geográfica, cultura, religión, etc., lo cual hace que una operacionalización hacia la enseñanza sea compleja, al no tener una concepción universal. Las investigaciones relacionadas con Profesionalismo Médico han buscado, a través de la conceptualización del término, entregar bases para la enseñanza de los futuros profesionales de la salud. Para este esfuerzo, se han explorado las perspectivas de diferentes actores relevantes: médicos, pacientes, académicos y estudiantes, entre otros. En estos trabajos, globalmente, han

destacado la presencia de valores y atributos en común esenciales para la profesión, a pesar de diferentes perspectivas teóricas. Sin embargo, Puschel y cols. (2017) en Latinoamérica perciben diferencias como el énfasis en el personalismo y la importancia de las virtudes en la construcción del profesionalismo, en contraste a los enfoques predominantemente deontológicos y contractualistas de la literatura extranjera no latinoamericana.

Por otro lado, no solo se ven cambios de acuerdo a la situación geográfica y/o cultural interregional, sino que se han observado diferencias interpretativas entre los diversos actores investigados; por ejemplo, entre médicos y estudiantes, y dentro de estos mismos a través del tiempo, como es el caso de los estudiantes de medicina. Algunos estudios han detectado evolución en la construcción y práctica del profesionalismo de estudiantes de los últimos años, en contraste a aquellos de los primeros años de la carrera. En Estados Unidos, se ha visto que los estudiantes de primeros años tienden a tener un enfoque centrado en la visión idealizada del médico y de sí mismos en cómo deben actuar, mientras que los estudiantes que han tenido mayor exposición clínica tienen una perspectiva más amplia — más allá del individuo — y contextualizada (Reimer, 2019). En otros países, como Eslovenia y Turquía, se ve un paso del idealismo al realismo, pudiendo llevar a un aumento del cinismo, falta de motivación o una visión más auto centrada (Klemenc-Ketis, 2014; Kavas, 2015).

En coherencia con lo anterior, inicialmente existe un énfasis en el paciente y su relación con éste, para luego evolucionar en un énfasis en el sistema, priorizando aspectos más amplios como el trabajo en equipo, la innovación, aprendizaje continuo y eficiencia. También se nota un aumento de la preocupación por su propio bienestar como calidad profesional, esto pudiendo

ser influenciado por el estrés y las demandas del entorno clínico (Klemenc-Ketis, 2014; Fasce, 2009; Reimer, 2019). La empatía aparece como un componente esencial del profesionalismo durante los primeros años, mientras, a medida que se enfrentan a la práctica clínica, surgen preocupaciones sobre la moderación empática y cómo modularse considerando la salud mental personal (Klemenc-Ketis, 2014).

Al mismo tiempo, la importancia de la ética es valorada inicialmente de forma teórica, mientras que a medida que avanzan en su formación, va tomando mayor relevancia por su aplicación práctica (Reimer, 2019; Fasce, 2009). A medida que pasan los años formativos, los estudiantes van reconociendo con mayor relevancia la importancia que tiene el modelaje y la educación en Profesionalismo Médico, identificando en sus últimos años la influencia e impronta que tiene su institución en su propia construcción profesional (Klemenc-Ketis, 2014).

Los estudios internacionales han destacado que las percepciones de los estudiantes sobre el profesionalismo evolucionan a lo largo de su formación, oscilando entre idealismos iniciales y visiones más realistas, muchas veces moldeadas por el currículum oculto y las experiencias clínicas. En este sentido, se identifican componentes clave como la relación médico-paciente, la ética, la responsabilidad y el trabajo en equipo, aunque también emergen desafíos significativos, como el estrés, la erosión de la empatía y los conflictos entre valores aprendidos y realidades observadas. En América Latina, y particularmente en Chile, la literatura que aborda estas percepciones es escasa, lo que deja un vacío importante en la comprensión del Profesionalismo Médico en este contexto. Destacan entre estos estudios el trabajo realizado por Puschel y cols. (2017), previamente mencionado; y Fasce y cols. (2009) y Salinas (2021).

En el estudio de Fasce y cols. (2009), se exploraron los atributos del profesionalismo desde la perspectiva de estudiantes de medicina y médicos en ejercicio utilizando el modelo de disponibilidad léxica (MDL) en la Universidad de Concepción. Los resultados mostraron que los médicos valoraban más atributos como la honestidad, la capacitación continua y la habilidad, mientras que los estudiantes destacaron la excelencia, la empatía y la responsabilidad. Este estudio también evidenció que los médicos asociaban el "perfeccionamiento continuo" a su ejercicio profesional, algo que no fue tan relevante para los estudiantes al inicio de su carrera. Tal como mostraron estudios de otras regiones, se evidenció que, al inicio de la carrera, los estudiantes tienen un enfoque más humanista de la profesión, aunque ambos grupos coinciden en la importancia de atributos como la habilidad y la responsabilidad.

En el estudio de Salinas (2021) se analizó, a través de entrevistas a estudiantes y a académicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, cómo se forma el profesionalismo médico y cuán efectiva es la enseñanza. Se refuerza que el currículum oculto y del rol modelador del tutor clínico tienen un papel fundamental en la formación de los estudiantes. Además, se identificó que los entrevistados definieron el profesionalismo con tres ejes predominantes: ética, empatía y alto nivel de conocimiento.

La literatura hace el llamado a mantener esfuerzos activos en la investigación local sobre el tema para alcanzar los conocimientos relacionados necesarios para la enseñanza del Profesionalismo Médico de manera idónea al contexto en el cual los estudiantes se desenvolverán como médicos (Puschel, 2017).

En la FM CAS-UDD no se disponen de datos propios que evalúen la realidad local específica sobre el Profesionalismo Médico, aparte de los que se han expresado indirectamente a través del trabajo de Puschel y cols. (2017) quienes, en su revisión de la literatura local y la construcción original de definición, utilizaron entrevistas personales a decanos de facultades de medicina chilenas (incluida la Universidad del Desarrollo) para analizar la definición de Profesionalismo Médico desarrollada por un panel de expertos. La falta de información específica resulta especialmente relevante en el proceso de cambio curricular que vive la facultad desde el año 2024, que tiene un énfasis en explicitar y relevar el profesionalismo durante la formación de los estudiantes, de manera transversal y constante.

Más allá de las realidades de otros países y otros centros chilenos, parece importante revisar lo que ocurre en la FM CAS-UDD, dado que estas percepciones son fundamentales para la construcción de una identidad profesional sólida y para el desarrollo de una práctica médica pertinente a las necesidades y expectativas locales. Al abordar las percepciones desde una perspectiva cualitativa, esta investigación busca contribuir al entendimiento de cómo los estudiantes de cuarto año de medicina conceptualizan el profesionalismo, iluminando las influencias culturales, educativas y sociales que dan forma a estas visiones. En ese sentido, para este trabajo se han elegido los ejercicios escritos sobre Profesionalismo Médico realizados durante el año 2024.

Este estudio tiene por objetivo principal, en primer lugar, investigar las perspectivas sobre Profesionalismo Médico de los estudiantes de cuarto año de la FM CAS-UDD, para aportar a la generación de conocimiento para discutir sobre profesionalismo en Chile y en la

propia facultad. Esta cohorte de estudiantes recorre la carrera con la malla curricular original (es decir, antes de la renovación curricular que inició el 2024), cuyas metodologías serán expandidas en los próximos párrafos.

Dentro de las proyecciones, se espera que esta información pueda servir de evidencia para evaluar a futuro los resultados de las modificaciones educativas realizadas con la implementación de una nueva malla curricular, estableciendo un punto de comparación (como *checkpoint*) en un punto intermedio de la carrera de medicina.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general

- Explorar las perspectivas sobre Profesionalismo Médico de estudiantes de cuarto año de medicina de la facultad de medicina CAS-UDD

Objetivos específicos

- Conocer las definiciones de Profesionalismo Médico proporcionadas por los estudiantes de cuarto año de medicina en sus reflexiones del portafolio de la rotación de Atención Primaria en Salud (este portafolio será descrito en los siguientes párrafos).
- Describir las características que los estudiantes atribuyen a un médico considerado un modelo ideal de profesionalismo.
- Analizar las experiencias personales que los estudiantes reconocen como formativas en su desarrollo de Profesionalismo Médico.
- Explorar las diferencias y similitudes en las perspectivas sobre profesionalismo entre los estudiantes en el contexto local y las descritas en la literatura internacional.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo de análisis temático, que consistió en evaluar las reflexiones de una sección vinculada a un taller de narrativa de un trabajo de portafolio que incluía las respuestas a tres preguntas sobre Profesionalismo Médico (PM). Este portafolio es realizado como parte de la evaluación final de la rotación práctica de Atención Primaria de Salud (APS) de estudiantes de cuarto año de medicina del año 2024, de acuerdo a un instructivo socializado a los estudiantes al principio de su rotación (Anexo 2), siendo finalmente entregados en formato Word a través de la plataforma CANVAS LMS. Esta rotación tiene una duración total de seis semanas.

El portafolio entregado es un documento que contiene el desarrollo y reflexión teórica-técnica en torno un caso clínico y la colección de reflexiones de otras actividades. El proceso de realización de este documento cuenta con el acompañamiento de un grupo de tutores que acompañan a los estudiantes. Estos docentes dan retroalimentación y permiten guiar la conversación de algunas de sus secciones.

Para este análisis se seleccionó al último grupo de cuatro totales en rotar por el curso práctico de APS 2024, por ser la única rotación clínica de cuarto año que realizó un trabajo de portafolio final que incluye preguntas sobre Profesionalismo Médico:

1. “En sus propias palabras, ¿cómo definiría Ud. el concepto de “Profesionalismo Médico”?” (en adelante, los textos de esta pregunta y sus respuestas codificadas bajo el nombre de “P1”)

2. “¿Cómo describiría a un médico/a que es un ejemplo ideal de un “buen profesional”?” (en adelante, los textos de esta pregunta y sus respuestas codificadas bajo el nombre de “P2”)

3. ¿Qué experiencias han contribuido en su formación personal en Profesionalismo Médico? (en adelante, los textos de esta pregunta y sus respuestas codificadas bajo el nombre de “P3”)

Estas preguntas fueron agregadas por parte de la coordinación del curso de APS, con el objetivo de reforzar la reflexión en torno al PM.

El análisis está centrado en un texto narrativo original y las preguntas que se desarrollan luego de una sesión de medicina narrativa. Este taller gira en torno a la lectura de la traducción al español del texto *When You Come Into My Room* de Stephen Schmidt, donde se describe la perspectiva de un paciente con Enfermedad de Crohn sobre la llegada del médico a su habitación. A partir de esto, se les pidió la confección de un texto escrito desde la perspectiva de ellos como profesionales de la salud para luego, durante la actividad, dar respuesta por escrito a tres preguntas.

En la entrega del portafolio final se incluye consentimiento informado para que sus documentos puedan ser parte de estudios de investigación (Anexo 3). Esto será profundizado más adelante.

Los estudiantes autores de estos portafolios han tenido cursos vinculados a la enseñanza de Profesionalismo Médico como Orientación a la Práctica Médica, donde se explora elementos

del profesionalismo a través de medicina narrativa y exposiciones de invitados; además, este concluye con la confección de un Código Profesional de la generación. También tuvieron Introducción y Fundamentos a la Bioética y Comunicación en Salud en primer año; Cuidado al Paciente en segundo año (donde se explora elementos del profesionalismo a través de medicina narrativa y la experiencia clínica, con énfasis en el cuidado), y Bioética Clínica durante el primer semestre de cuarto año. Vale la pena mencionar que también han tenido oportunidades de formación explícita en profesionalismo en cursos como Integrado Médico Quirúrgico I, aparte de modelaje y retroalimentación de parte de tutores clínicos.

Se realizó depuración de datos que no son relevantes, recogiendo sólo las respuestas a las preguntas relacionadas con este estudio. Los portafolios completos se resguardan en una carpeta en un disco de almacenamiento extraíble, para auditoría metodológica. Además, como parte del manejo ético de la información, no se accedió ni se accederá a los registros académicos de los estudiantes y se guardaron los datos de forma que se mantenga la confidencialidad de los participantes. Los textos fueron registrados sólo por un número asignado de forma aleatoria (E1, E2...) y removiendo y/o enmascarando datos que pudiesen revelar la identidad de los estudiantes, para asegurar la anonimidad de los estudiantes.

La obtención de datos y la solicitud de la firma del consentimiento informado por cada estudiante (Anexo 3) fueron realizados por el equipo académico de la rotación de APS, quienes además, dieron su autorización para el uso de la información dispuesta (Anexo 4). El estudio fue aprobado por el comité de ética científica de la Facultad de Medicina Clínica

Alemana-Universidad del Desarrollo, con fecha 18 de agosto del año 2025, con número de identificación 2025-66 (Anexo 5).

El investigador principal y autor de este presente documento es quien realiza la lectura y análisis de los datos, de acuerdo a los estándares éticos de investigación correspondientes. El investigador es docente de la FM CAS-UDD y conoce a los estudiantes por la interacción en cursos de primer, tercer y cuarto año de la carrera, donde tuvo roles de docente de aula, tutor clínico y coordinador general del año, respectivamente. Actualmente no ha tenido, tiene ni tendrá, bajo los roles a la fecha de la realización de esta investigación, vínculos académicos directos con estos estudiantes.

Con respecto al tamaño muestral, se obtuvieron y analizaron trabajos de portafolio de todos los estudiantes de cuarto año de medicina de la rotación de APS que cumplían con los criterios de inclusión.

Análisis de datos

Para este trabajo, se utilizó un enfoque de análisis inductivo con método flexible, teniendo como enfoque principal un análisis tipo Reflexive Thematic Analysis (RTA) (Braun & Clarke, 2021; Byrne, 2022). En conjunto a esto, se utilizaron herramientas planteadas por el Framework Method (Gale, 2013), que permiten complementar la transparencia, trazabilidad y comparación sistemática que no sustituyen la interpretación propia de la RTA. El uso de estos dos enfoques es coherente para la investigación en salud, como proponen los autores Gale y cols.

El análisis inductivo se llevó a cabo en varias etapas. En primer lugar, se realizó una lectura inicial de los datos presentes en los documentos formato Word, para familiarizarse con su contenido. Posteriormente, los textos fueron importados y organizados con NVivo. Se evaluaron las respuestas de cada estudiante por pregunta (primero P1, luego P2 y finalmente P3), para así facilitar la interpretación de los datos.

Para este proceso, se sistematizó el trabajo con una metodología específica para la tarea analítica, adaptada al contexto de datos, teniendo como prioridad la calidad de investigación. Este sistema incluye familiarización general de los documentos, doble pasada analítica, codificación con retroalimentación bilateral e iterativa de un libro de códigos (a decir, el libro de códigos guía y se ajustó ante los datos que se presentaron).

Manualmente, se identificaron códigos preliminares de las respuestas, los cuales fueron agrupados en categorías emergentes que permiten organizar las reflexiones de los estudiantes. A pesar que los pasos de evaluación de los datos fueron de las preguntas por separado, se consideró que las tres preguntas permiten explorar las perspectivas de los estudiantes, otorgando dimensiones complementarias de un mismo fenómeno, por lo que se generaron temas transversales para todos los textos. De esta manera, se logra responder la pregunta de investigación “¿cuáles son las perspectivas sobre el Profesionalismo Médico de estudiantes de cuarto año de medicina?”.

Esta configuración fue determinada a través de una agrupación temática inductiva a través de la lectura profunda y una intuición semántica informada. Además, para la revisión y

refinamiento, se analizaron las categorías resultantes en base a coherencia interna (consistencia conceptual entre los elementos agrupados) y distinción externa (delimitación con otros temas). Esto fue analizado de manera reflexiva.

Se permitió que estos temas emergieran directamente de los datos, en lugar de imponer un marco conceptual preexistente (Braun & Clarke, 2021). Esto es particularmente adecuado para este tipo de estudio, para captar matices y complejidades que puedan pasar desapercibidos con un análisis deductivo, en base a otro modelo teórico de Profesionalismo Médico.

Además, de acuerdo a la metodología RTA, se utiliza el desarrollo de una Bitácora Reflexiva del Investigador (una muestra de esta bitácora se muestra en el Anexo 6). Este texto contiene registros fechados que documentan el trabajo analítico (reflexiones, dudas y decisiones del investigador, muestra preliminar de los datos obtenidos, etc.). Esto tiene por objetivo ser un instrumento activo en la producción del conocimiento y de transparentar el trabajo, dando rastro de las decisiones tomadas por el investigador y así permitir trazabilidad ante una auditoría metodológica. Esta bitácora también describe el anclaje de los archivos “*snapshots*” del *software* de análisis cualitativo asistido por computador.

De acuerdo a los lineamientos de Lincoln y Guba (1985) y otros autores (Hernandez, 2018; Nowell, 2017) para investigación cualitativa, la rigurosidad del estudio se aseguró atendiendo a “credibilidad”, “transferibilidad”, “dependabilidad” y “confirmabilidad”. Es decir que los resultados sean plausibles y creíbles; que se pueda comprender y juzgar el potencial de extrapolación de los datos; que la información obtenida sea consistente y trazable; y que los

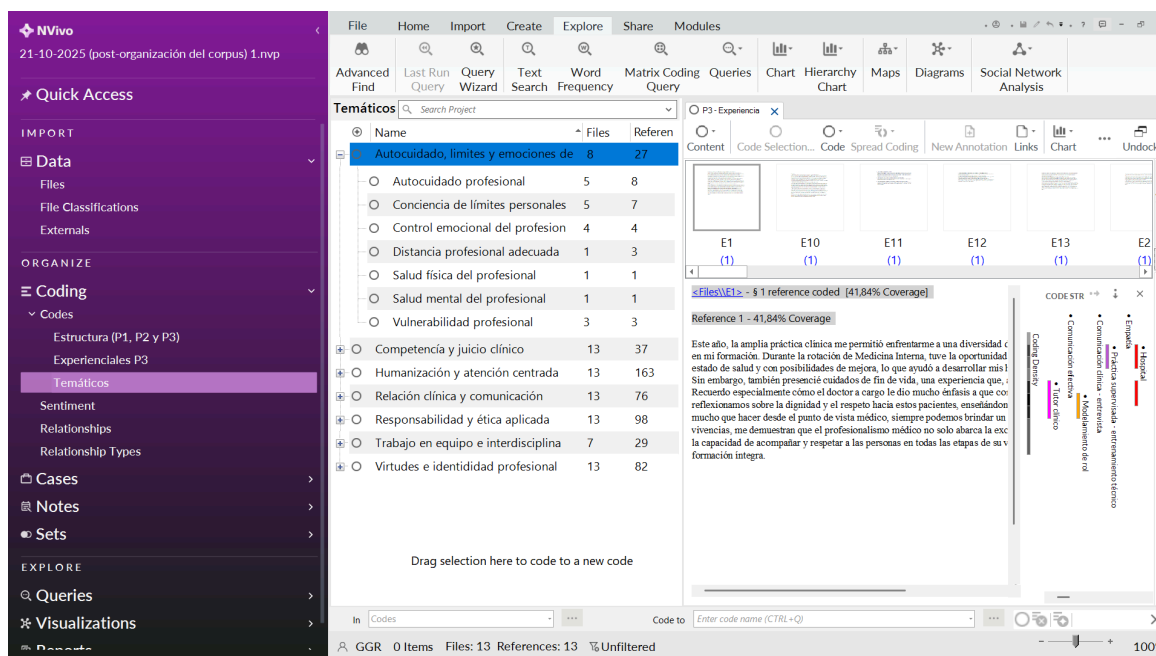
hallazgos están mayormente ligados a datos y no a sesgos; respectivamente. Esto busca asegurar un uso responsable y ético de la información.

En este estudio, siguiendo la base de RTA, no se persigue la confiabilidad inter-codificador porque supone un criterio de “acuerdo” incompatible con el carácter interpretativo y situado del análisis. Se favorece un proceso hacia la reflexividad y la congruencia metodológica (Braun & Clarke, 2021; Byrne, 2022; Nowell, 2017).

Para todo este proceso, se utilizó software NVivo versión 15, que facilita el proceso analítico, otorgando una plataforma para la organización y la codificación de las reflexiones de los participantes. De manera complementaria, NVivo permite la visualización de datos a través de matrices, como la cantidad de palabras bajo un código (en adelante, también referidos como nodos). Así mismo, estas matrices pueden mostrar la “Amplitud” (en NVivo como *Files*; describe cual es la cantidad de archivos/casos/participantes en los cuales el elemento está presente).

También, NVivo permite ver la cantidad de referencias realizadas para cada código, es decir cuántas veces aparece un código a través de los textos (pudiendo aparecer más de una vez por texto). No solo eso, este programa de computador puede generar matrices para ver co-ocurrencias entre elementos a través de los textos, es decir, ver la presencia de dos códigos/temas que ocurran al mismo tiempo y el texto donde estos coexisten, entre otras herramientas y facilidades (Figura 2).

Figura 2. Entorno de trabajo en NVivo utilizado durante el proceso analítico.



Nota. A la izquierda, el menú de navegación, permite revisar las categorías de códigos y casos. Al centro, se observan los códigos temáticos, agrupados por temas. A la derecha, los textos de un sub-corpus seleccionado, con la visualización de la codificación a través del texto.

Por ejemplo, en este trabajo se utilizaron matrices de co-existencia entre códigos temáticos y experienciales por tema, para poder revisar los encuentros de estos en un mismo fragmento de texto y poder aportar matices destacables al momento de describir los resultados. De manera complementaria, en la presentación de los resultados se mostrará la amplitud (número de participantes en los que aparece cada tema) y, en algunos casos, la cantidad de palabras codificadas bajo un tema, con el propósito de enriquecer la comprensión de la información discutida. La información detallada relacionada podrá ser encontrada en la sección de anexos (Anexo 7).

En NVivo, de manera exploratoria y solo como apoyo, para la generación de temas, se contrastó con la generación de “*clusters*” (en sus formas “similitud de codificación” y “similitud de palabras”) y co-ocurrencia entre códigos, que no mostraron diferencias de utilidad a considerar para la agrupación.

Es fundamental señalar que este análisis numérico no reemplaza ni modifica la interpretación reflexiva de la información ni tampoco reflejan la “importancia” de un elemento. No se pretende una cuantificación del discurso, sino aportar descriptores que acompañen el análisis cualitativo, como lo han hecho otros estudios en salud (Bustamante-Antiman, 2025; Godoy-Pozo, 2021) o como lo plantean otros autores sobre metodología cualitativa (Colorafi, 2016; Maxwell, 2010).

La saturación temática se evaluó de forma progresiva durante la lectura secuencial de los textos (E1-P1 a E13-P3), registrando la aparición de códigos nuevos y la densificación de los ya existentes. Se consideró que la saturación se logró con una disminución sostenida de códigos nuevos y la repetición de patrones de significado a lo largo de la interpretación reflexiva.

En suma y específicamente, la saturación se evidenció principalmente a través de:

- Impresiones reflexivas en Bitácora Reflexiva del Investigador en torno a la suficiencia y saturación de datos.
- Convergencia entre primera y segunda pasada.
- Ausencia de códigos nuevos o novedad acotada.

Se complementa esta información con:

- Matrices de presencia (estas permiten identificar la “primera vez en” de cada código a través del proceso analítico, en que momento aparece por primera vez un elemento a través de la codificación).
- Gráficos de curvas de novedad por paso (generado a partir del punto anterior).

Se redactó un informe que resume los hallazgos principales, vinculados con la literatura existente sobre el Profesionalismo Médico y discutiendo su relevancia tanto en el contexto local y global. Este informe es mostrado en la sección “Resultados” de este documento.

Aspectos éticos considerados

A continuación se enuncia un listado de aspectos éticos considerados para este trabajo:

- No se realizó acceso a los registros académicos de ninguno de los estudiantes de este estudio.
- Se mantiene el anonimato de cada estudiante y no hubo registro de datos que permitan identificar al estudiante posteriormente.
- Los portafolios fueron entregados por la profesora coordinadora del curso, quien autorizó el uso de los datos por parte del investigador.
- Las reflexiones evaluadas son parte de un trabajo de portafolio, donde se firmó un consentimiento informado por cada participante para el uso de los datos que éste contenga.

- No se utiliza ni utilizará la información de los pacientes anonimizados contenidos en el portafolio.
- El estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de la Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo con fecha 18 de agosto del año 2025, con número de identificación 2025-66.

Por lo anteriormente expuesto, este estudio ha considerado el respeto a los estudiantes, puesto que se cuenta con su consentimiento para el acceso a sus reflexiones contenidas en el portafolio; si bien no hay beneficios para los estudiantes, se espera que los resultados de este estudio contribuyan a una mejor comprensión de la perspectiva de nuestros estudiantes respecto del profesionalismo, lo que puede impactar en los cambios curriculares que se están implementando; dada la recogida de manera anonimizada de los datos y ausencia de relación docente-estudiante futura, no se anticipan riesgos en el uso de estos datos; y finalmente, como criterio de justicia, se analizarán los textos de todos los estudiantes, sin exclusiones no fundamentadas.

RESULTADOS

A continuación, se mostrarán los resultados obtenidos, iniciando por una descripción general de los datos. Luego, en lugar de ordenar los resultados por pregunta de forma aislada, se continuará con la descripción de la información por tema, donde se explorarán los resultados de la interpretación total del *corpus* (es decir P1, P2 y P3 juntos). Entre estos datos, se podrán encontrar extractos de los participantes, que aparecen a lo largo de los textos. Luego se mostrarán los resultados desde la perspectiva de cada pregunta (*sub-corpus* P1, P2 y P3 por separado, este último en sus dos ejes) que permitirá reflexionar sobre la aparición y comportamiento de los temas y/o códigos que emergieron, en cada grupo de respuestas.

Selección de participantes y textos

De los veintiún textos de portafolio esperados, diecisiete fueron entregados al equipo docente de la rotación de APS de cuarto año de medicina. De estos diecisiete, sólo trece cumplían los criterios de inclusión necesarios para la participación en este estudio, los cuatro restantes fueron descartados por no poseer contenido analizable o no contar con consentimientos informados de participación.

Los archivos fueron cargados al programa de investigación cualitativa, NVivo, para el proceso de análisis. Desde este punto, se inició el proceso de registro de una Bitácora Reflexiva del Investigador fechada (Anexo 6), junto con la creación de un *codebook*. Se puede encontrar un extracto de los listado de códigos exportados desde NVivo en el Anexo 8.

Panorama y estructura general del análisis temático

En cuanto a volumen de los datos, de los trece textos, se trabajó con un total de 3596 palabras.

- P1 contiene un total de 1039 palabras.
- P2 contiene un total de 1032 palabras.
- P3 contiene un total de 1525 palabras.

Los documentos fueron organizados y codificados estructuralmente en tres ejes, uno para cada respuesta a cada una de las tres preguntas (P1, P2 y P3).

Por otro lado, se crearon tres carpetas de códigos:

- Temáticos: códigos inductivos desde la dimensión temática, presentes en los textos de P1, P2 y P3.
- Experienciales: códigos obtenidos de manera inductiva desde la dimensión experiencial, solo para los textos de P3

Desde una perspectiva general de los datos obtenidos, se obtienen:

- Setenta y siete códigos temáticos “hijos” más siete nodos tema (es decir, códigos utilizados para la categorización de elementos temáticos). Estos códigos “padre” son referidos como “Temas”.
- Cuarenta y cinco códigos experienciales organizados en diferentes niveles.

En el *corpus* (es decir todos los datos, P1, P2 y P3 juntos), por el eje temático, los cinco códigos ordenados por mayor amplitud (cantidad de archivos/casos/participantes donde aparece el código):

1. Atención centrada en el paciente — *Amplitud 12/13 (es decir, aparece en doce de los trece textos)*
2. Competencias técnicas — *Amplitud 12/13*
3. Empatía — *Amplitud 11/13*
4. Atención integral — *Amplitud 10/13*
5. Respeto por el paciente — *Amplitud 10/13*

En el *sub-corpus* P3, en el eje experiencial, los tres códigos ordenados por mayor amplitud:

1. Práctica supervisada – entrenamiento técnico — *Amplitud 9/13*
2. Modelamiento de rol — *Amplitud 8/13*
3. Paciente – familia — *Amplitud 7/13*

Todos los códigos temáticos obtenidos fueron organizados en siete temas. Como ya se mencionó previamente en la sección metodología, esta organización se realizó para el *corpus* completo, es decir para todos los códigos generados en el análisis de las respuestas a las tres preguntas. Se considera que las respuestas a estas preguntas forman parte de un continuo concatenado, que en su conjunto componen la perspectiva del estudiante. Es decir, se decide por

un mapa temático transversal al *corpus* completo ya que permiten contestar la pregunta de investigación, reconociendo que las respuestas a las tres preguntas son planos de un mismo fenómeno.

A continuación se detallarán los resultados específicos por cada tema obtenido (Tabla 1).

Tabla 1. Temas, descriptores breves y códigos (muestra) asociados a cada tema.

Tema	Descriptor breve	Códigos (muestra)
Humanización y atención centrada	Persona en el centro: trato digno, interés y acompañamiento; mirada integral del paciente.	Atención centrada en el paciente; Atención integral; Humanización de la atención; Respeto por el paciente; Preocupación por el paciente.
Virtudes e identidad profesional	Configuración del “buen médico” mediante virtudes (empatía, prudencia, integridad) que orientan la práctica.	Empatía; Prudencia; Integridad; Humildad profesional; Vocación profesional.
Responsabilidad y ética aplicada	Compromiso fiduciario con el bienestar del paciente y cumplimiento ético en la práctica cotidiana.	Ética profesional; Primacía del paciente; Cumplimiento normativo; Fiabilidad profesional; Responsabilidad social.
Relación clínica y comunicación	Habilidades comunicacionales (escucha, decisiones compartidas, confidencialidad) que sostienen el vínculo.	Comunicación efectiva; Decisiones compartidas con el paciente; Confidencialidad; Escucha activa; Confianza médico-paciente.
Competencia y juicio clínico	Excelencia técnica modulada por juicio clínico y equilibrio con lo humano.	Competencias técnicas; Juicio clínico; Excelencia profesional; Pensamiento crítico; Equilibrio técnico-humano.
Trabajo en equipo e interdisciplina	Colaboración, respeto y apoyo entre pares para una atención más eficiente e integral.	Trabajo en equipo; Interdisciplina; Respeto a los pares; Confianza entre pares; Solidaridad entre pares.
Autocuidado, límites y emociones del profesional	Bienestar del profesional: identificación de límites y regulación emocional para cuidar mejor.	Autocuidado profesional; Conciencia de límites personales; Salud mental del profesional; Control emocional del profesional; Distancia profesional adecuada.

Nota. La columna “Códigos (muestra)” presenta ejemplos representativos de códigos, no el listado completo.

De esta misma manera se desarrollará la discusión, partiendo desde lo general del *corpus*, a lo específico de cada pregunta.

Resultados por tema

Siguiendo la lógica interpretativa reflexiva, el orden de los temas que se muestran a continuación se definió de acuerdo con la interpretación del investigador acerca de su peso

relativo en las narraciones de los participantes. De forma complementaria, se muestran datos de cantidad de palabras y amplitud para cada tema. Tal como se advirtió anteriormente, estos datos cuantitativos no reemplazan el trabajo reflexivo ni son símbolos de relevancia ni importancia, pero se espera que puedan ser un complemento para los resultados, dejando la interpretación de los números al lector.

Cada tema incluye una observación de matices al revisar las coexistencias con la codificación experiencial.

Humanización y atención centrada en la persona — *Número de palabras codificadas bajo este tema (Pal.): 1880, Amplitud (Amp.): 13/13*

Las respuestas muestran que el médico tiene como fin de su práctica tratar al paciente como una persona integral, no solo como una patología. Un buen profesional escucha, acompaña y se preocupa por sus pacientes y su dignidad. Estos son el centro de la atención.

Los tres códigos más destacables en este tema son:

1. Atención centrada en el paciente
2. Atención integral
3. Humanización de la atención

Extractos ilustrativos del tema:

“Un médico “buen profesional” es aquel que muestra genuina preocupación por sus pacientes, humanizándolos y viéndolos más allá de su enfermedad o de un número en una lista.”
(E1)

“[...] características y actitudes del médico que lo muestran como un profesional que se caracteriza por una atención humana y correcta.” (E5)

Matices experienciales destacables:

- Humanización de la atención y Modelamiento de rol

El modelo del tutor clínico forma al estudiante en conductas humanizadas.

“[...] enseñándonos que, aunque a veces no haya mucho que hacer desde el punto de vista médico, siempre podemos brindar un trato humano y compasivo.” (E1) “

- Atención integral y Docencia a pie de cama

La docencia al pie de cama (*bedside*) permite al estudiante presenciar el abordaje del paciente por el profesional médico que guía la actividad desde diferentes aristas.

“En contraparte he estado con docentes que tiene un enfoque biopsicosocial y que si bien realizan docencia, informan al paciente que se hablara de su caso fuera de la sala y luego le explicarán todo lo que necesita saber” (E9)

Virtudes e identidad profesional — *Pal.: 1436, Amp.: 13/13*

En los textos, se refiere a la importancia de los aspectos conformacionales del profesional. El Profesionalismo Médico implica el desarrollo y práctica de virtudes, las cuales en el ámbito práctico van identificando al médico como tal, frente al resto y sí mismo.

Los tres códigos más destacables en este tema son:

1. Empatía
2. Prudencia
3. Virtudes profesionales (no especificadas)

Extractos ilustrativos del tema:

“[...] un médico/a que es un buen profesional es aquel médico empático.” (E7)

“Una cualidad necesaria para cualquier médico, que le permite cumplir con su profesión de manera correcta y esperable.” (E6)

Matices experienciales destacables:

- Empatía y Entrevista clínica - escucha narrativa

Los participantes incorporan la empatía como elemento del profesionalismo a través de la exposición a las perspectivas de sus pacientes a través de la escucha narrativa.

“[...] donde entendí la importancia de tratar a los pacientes con cuidado, de escucharlos atentamente para poder descifrar cuales son sus frustraciones verdaderas” (E13)

- Virtudes profesionales y Modelamiento de rol

Los modelos, como los tutores clínicos, permiten al estudiante replicar y aprender una configuración personal, en torno a las virtudes que les parecen destacables a incorporar para perfilarse como buenos profesionales.

“[...] el interactuar directamente con médicos y profesionales de la salud con distintas conductas y formas de operar me han aportado tanto con cualidades que quisiera integrar a mi propia práctica, como aspectos a evitar y mejorar.” (E12)

Responsabilidad y ética aplicada — Pal.: 1269, Amp.: 13/13

Para los participantes, el profesionalismo posee como elementos el compromiso y responsabilidad del profesional hacia el bienestar del paciente, así mismo manteniendo un cumplimiento normativo ético constante.

Los tres códigos más destacables en este tema son:

1. Responsabilidad profesional
2. Responsabilidad formativa
3. Ética del cuidado

Extractos ilustrativos del tema:

“[...] compromiso que realiza el médico al poner el interés del paciente por sobre todo.”
(E11)

“[...] una persona bondadosa, comunicadora, empática que respeta al paciente y a sus compañeros y es comprometida con su labor.” (E5)

Matices experienciales destacables:

- Ética del cuidado y Fin de vida

Los casos de cuidados de fin de vida pone en relevancia el cuidar, donde el curar deja de ser el foco central de la atención.

“Sobre todo este año, me he visto expuesta a diversas situaciones que si bien había escuchado no las había vivido realmente, por ejemplo a los cuidados de fin de vida lo que me hizo tomarle el peso a la importancia que tiene realizar un cuidado integral.” (E9)

Relación clínica y comunicación — *Pal.: 1210, Amp.: 13/13*

La importancia de la construcción de vínculos bidireccionales con sus pacientes a través de habilidades comunicacionales sólidas que permiten al profesional desenvolverse mejor en la práctica (cuidando la confidencialidad, tomando decisiones compartidas, construyendo una relación de confianza o facilitando la educación, entre otros).

Los tres códigos más destacables en este tema son:

1. Comunicación efectiva
2. Escucha activa
3. Vínculo médico-paciente

Extractos ilustrativos del tema:

“En cambio cuando uno empieza a hablar con los pacientes, escucha sus historias, por lo que han pasado durante su vida y que necesitan, uno puede empatizar.” (E3)

“Es aquel que está dispuesto a incluir al paciente en los tratamientos, y el que escucha al paciente, ya sean sus miedos o sus éxitos.” (E4)

Matices experienciales destacables:

- Vínculo médico-paciente y Comunicación clínica - entrevista

Para los participantes, la comunicación clínica permite el entrenamiento y/o evidencia la necesidad de la creación de un vínculo del profesional con la persona atendida para una buena práctica profesional.

“Poder ver la relación médico-paciente y también escuchar testimonios acerca de la atención y cómo se sintieron.” (E2)

- Comunicación efectiva y Modelamiento de rol

Los modelos demuestran el uso de herramientas comunicativas que fomentan a que los estudiantes incorporen sus propias prácticas ideales y conceptualizaciones de Profesionalismo Médico.

“Por ejemplo, en las rotaciones prácticas de urología de este año, había un médico que se empeñaba por explicarle todo lo que hablábamos entre los alumnos de 4to año, los internos de 6to año, y él a los pacientes.” (E4)

- Dimensión educativa del profesional y Docencia a pie de cama

En el contexto de la docencia junto al paciente, es donde el tutor clínico logra transmitir la relevancia de la dimensión educativa como una práctica de un buen profesional. Esto es incorporado por los estudiantes como un elemento del Profesionalismo Médico

“Junto a esto, este doctor, al final de cada visita con cada paciente, le preguntaba al paciente como estaba y por su familia, además de actualizar al paciente respecto a los pasos a seguir en su tratamiento.” (E4) “

Competencia y juicio clínico — Pal.: 646, Amp.: 13/13

Dentro de las respuestas, la competencia técnica es descrita como un componente del Profesionalismo Médico, exigiendo un *high-tech* para el profesional. Esta excelencia técnica requiere una modulación para evitar sobrepasar límites y balancearse con otro tipo de competencias.

Los tres códigos más destacables en este tema son:

1. Competencias técnicas
2. Juicio clínico
3. Equilibrio técnico-humano

Extractos ilustrativos del tema:

“Una persona que usa su conocimiento médico y humanidad para brindar el mejor cuidado posible al paciente” (E13)

“Es una persona que necesita un cuidado integral e información completa respecto a sus patologías para tomar decisiones informadas respecto a su salud.” (E9)

Matices experienciales destacables:

- Competencias técnicas y Práctica supervisada - entrenamiento técnico

El desafío clínico de la práctica permite el desarrollo de las competencias técnicas, potenciadas por la supervisión docente. Estas competencias se vuelven claves para el desarrollo del profesional.

“Durante la rotación de Medicina Interna, tuve la oportunidad de ver pacientes en un buen estado de salud y con posibilidades de mejora, lo que ayudó a desarrollar mis habilidades académicas y clínicas.” (E1)

Trabajo en equipo e interdisciplina — *Pal.: 439, Amp.: 7/13*

En las respuestas se muestra que para el Profesionalismo Médico es importante el trabajo en equipo. Este permite abordar de forma más eficiente e integral a los pacientes, pero también permite generar lazos que ayudan al profesional a enfrentar el desafío de la atención de personas.

Los tres códigos más destacables en este tema son:

1. Trabajo en equipo
2. Solidaridad entre pares
3. Respeto a los pares

Extractos ilustrativos del tema:

“[...] sino que también existe un compromiso y una responsabilidad humana que se debe tener hacia los colegas y los pacientes.” (E4)

“[...] comportarse de manera ejemplar en el espacio de trabajo, saber trabajar en equipo, entre otras.” (E8)

Matices destacables:

- Trabajo en equipo y Modelamiento de Rol

El modelo clínico muestra la relevancia del trabajo en equipo, que es interpretado e incorporado por los estudiantes como un elemento relevante del Profesionalismo Médico.

Yo creo que mis mejores aportes para mi formación personal en Profesionalismo Médico ha sido en primer lugar haber podido evidenciar en primera persona aquellos buenos profesionales. Poder aprender de ellos, acompañarlos en su rutina por el hospital, que puedan transmitir sus conocimientos y experiencias de primera mano. Esas experiencias han sido muy valiosas para ver cómo se desenvuelven en sus ambientes, como tratan a sus pacientes, como trabajan en equipo. (E10)

Autocuidado, límites y emociones del profesional — *Pal.: 385, Amp.: 6/13*

En este tema, las respuestas están direccionadas al compromiso del profesional con sí mismo. Un buen profesional se cuida física y mentalmente, se reconoce vulnerable y con límites, permitiendo esto entregar una mejor atención práctica.

Los tres códigos más destacables en este tema son:

1. Conciencia de límites personales
2. Autocuidado profesional
3. Control emocional del profesional

Extractos ilustrativos del tema:

“Es el actuar con conciencia, entendiendo que nuestras capacidades llegan hasta cierto nivel y que nuestro alcance no es infinito, aquel que sabe reconocer los límites de su conocimiento.” (E10)

“[...] poder mantener una separación adecuada entre la vida propia y la vida profesional [...]” (E8)

Matices destacables:

- Conciencia de límites personales y Práctica supervisada - entrenamiento técnico

La experiencia clínica permite que el estudiante se vea desafiado, intelectual y emocionalmente, permitiendo que este pueda explorar, entender y medir sus propios conocimientos y habilidades.

La interacción con el paciente me ha ayudado a desarrollar habilidades comunicativas para el mejor entendimiento y sana interacción con el paciente. Adicionalmente, estar expuesta al ambiente hospitalario me ha permitido poner en práctica mis conocimientos, como también identificar aquellas áreas que necesito reforzar y poder trabajar en ellas.

(E8)

Resultados por *sub-corpora*

A continuación se muestran los resultados de los tres temas más prevalentes por cada *sub-corpora* (P1, P2 y P3). Se complementa con una nube de palabras (Figuras 3, 4 y 5) y la información de la amplitud, es decir, en cuantos archivos/casos/participantes se encuentra presente el tema en cada pregunta. Se podrá encontrar un resumen interpretativo de los temas por *sub-corpora* al final de esta sección (Tabla 2).

- Humanización y atención centrada en la persona (*Amp.: 11/13*)
- Virtudes e identidad profesional (*Amp.: 11/13*)
- Responsabilidad y ética aplicada (*Amp.: 13/13*)

Para mí el Profesionalismo Médico es el compromiso que realiza el médico al poner el interés del paciente por sobre todo, ya sea manteniéndose al día con el estudio y manejo de enfermedades, tratando de siempre estar involucrado con el cuidado de su paciente y sobre todo respetando la cualidad de persona del paciente junto a la confidencialidad. (E11)

excelencia técnica. Elementos como el trabajo en equipo y autocuidado aparecen con menor predominancia, al igual que en P1.

Los tres temas más prevalentes en las respuestas de esta pregunta son:

- Humanización y atención centrada en la persona (*Amp.: 13/13*)
- Virtudes e identidad profesional (*Amp.: 11/13*)
- Relación clínica y comunicación (*Amp.: 11/13*)

“Personalmente, un médico/a que es un buen profesional es aquel médico empático, que logra ver al paciente como una persona y no como una enfermedad, aquél capaz de conectar con cada uno de sus pacientes.” (E7)

de otros modelos virtuosos o la práctica de la virtudes en sus rotaciones. Además, la humanización y atención centrada aparece de forma predominante en el ambiente experiencial y la exposición a la práctica del rol profesional.

Los tres temas más prevalentes en las respuestas de esta pregunta son:

- Humanización y atención centrada en la persona (*Amp.: 8/13*)
- Virtudes e identidad profesional (*Amp.: 9/13*)
- Relación clínica y comunicación (*Amp.: 9/13*)

Por lejos, las experiencias que han contribuido a mi formación personal son las prácticas clínicas. Muchas veces, lo teórico nos hace enfocarnos solo en la materia, lo cual se vuelve muy rutinario y aburrido a la larga. En cambio cuando uno empieza a hablar con los pacientes, escucha sus historias, por lo que han pasado durante su vida y que necesitan, uno puede empatizar. La idea de esto es que no nos convirtamos en seres insensibles ni muy sensibles. Es bueno mantener un balance, en el cual uno sea consciente y se ponga en el lugar del otro. (E3)

Tabla 2. Resumen de las reflexiones interpretativas sobre cada tema por sub-corpus P1, P2 y P3.

Tema	P1 – Conceptualización del Profesionalismo Médico	P2 – Ejemplificación del Profesionalismo Médico	P3 – Experiencias formativas
Humanización y atención centrada	El profesionalismo se define poniendo al paciente y su dignidad como centro de la atención. Esto se refuerza con el cuidado integral y la preocupación por la persona más allá de la enfermedad.	La figura del “buen profesional” se asocia a un médico que humaniza la atención, ve más allá de la enfermedad. Acompaña y escucha no solo a un paciente, sino a una persona.	Las experiencias -especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad- muestran cómo el trato humano y el cuidado integral con enfoque biopsicosocial son fundamentales en el quehacer médico.
Virtudes e identidad profesional	Las definiciones describen la importancia de la conformación del profesional. Se enfatiza en virtudes como empatía, prudencia, integridad y compromiso como definitorias del profesionalismo.	El “buen profesional” se describe como alguien con un carácter virtuoso: empático, respetuoso, honesto, prudente. Su conformación es clave para una buena práctica de la medicina.	Las respuestas relatan la observación de otros modelos de virtudes, que son ejemplos para seguir. El desafío de la práctica médica también hace al participante reflexionar sobre su propia conformación virtuosa.
Responsabilidad y ética aplicada	El profesionalismo se describe como compromiso con el bienestar del paciente, cumplimiento de deberes, responsabilidad frente a las expectativas de los pacientes.	En la ejemplificación, el médico aparece como alguien comprometido con su rol. Asume responsabilidades con el paciente como parte de su contrato social esperado.	Ciertas experiencias, en especial en el contexto hospitalario, refuerzan el deber, compromiso y vocación del participante. Situaciones de cuidados de fin de vida hacen aún más relevantes la importancia del cuidar, incluso cuando lo técnico no cambió la situación actual.
Relación clínica y comunicación	La relación clínica aparece de forma más implícita, asociada a la confianza, la escucha activa y la necesidad de una comunicación clara.	Las habilidades comunicacionales: escuchar activamente, explicar, incluir al paciente en las decisiones y construir una relación de confianza.	El impacto de escuchar historias y conocer narrativas diferentes, con el paciente como actor principal, da mayor significancia a la importancia del vínculo clínico y las herramientas comunicacionales en la formación profesional.
Competencia y juicio clínico	Las competencias técnicas se presentan como parte del compromiso profesional (también formativo) y del deber de brindar una buena atención.	Como parte importante de ser un buen profesional, el médico debe tener los conocimientos técnicos necesarios que le permitan atender, cuidar y curar pacientes. Esto debe ser equilibrado con lo humano.	El desafío clínico explicita lo necesario de la experticia técnica para desenvolverse en la práctica. Esto facilita el trabajo de otras áreas del profesionalismo acá mencionadas.
Trabajo en equipo e interdisciplina	En menor prevalencia, en las definiciones aparece la idea de responsabilidad, solidaridad y cooperación con colegas.	El buen profesional trabaja en equipo, respeta a otros profesionales de la salud. Acude a la ayuda cuando otros de su equipo lo necesitan y también pide asistencia por el bien del paciente.	La observación del funcionamiento del complejo sistema hospitalario refuerza la necesidad de trabajar en unidad a los otros actores claves que participan del cuidado del paciente. Esto es modelado a los estudiantes.
Autocuidado, límites y emociones del profesional	Algunas respuestas contienen el reconocimiento de los propios límites y la necesidad de actuar con prudencia y honestidad en base a ese conocimiento.	Algunas respuestas hablan de que el ejemplo profesional debe saber cuidarse a sí mismo para poder cuidar al resto. Reconoce sus límites mentales y físicos.	Las experiencias exponen a dinámicas complejas propias del rol, que desafían mental y físicamente al estudiante. Esto hace que la necesidad de cuidarse a uno mismo se vuelva más relevante y se pueda poner en práctica, posiblemente viendo sus beneficios.

Nota. La tabla sintetiza las reflexiones interpretativas sobre cada tema en los tres subcorpus del estudio: P1 (conceptualizaciones del Profesionalismo Médico), P2 (ejemplificaciones del Profesionalismo Médico) y P3 (experiencias formativas).

● P3 - Subcategoría de códigos experienciales

De forma complementaria, se revisó la subcategoría de códigos experienciales para observar qué experiencias son las que más impactan al individuo en su formación profesional. Aunque este sub-análisis de P3 no alcanzó saturación, muestra qué

experiencias consolidan el Profesionalismo Médico. A pesar de no ser un aspecto predominante en los relatos de los estudiantes, para efectos de este estudio se hizo un énfasis en las dimensiones relacionadas con Bioética.

- Práctica supervisada – entrenamiento técnico

Los estudiantes señalan que el contacto clínico temprano y las rotaciones supervisadas les permiten desarrollar y aplicar conocimientos y habilidades de comunicación con personas reales.

“Las rotaciones [...] me han permitido desarrollar habilidades de empatía y relación con el paciente; [...] también identificar áreas a reforzar y trabajarlas.”

(E8)

- Hospital

En coherencia con lo anterior, el espacio hospitalario aparece como contexto relevante en las experiencias formadoras de Profesionalismo Médico. En sus descripciones se hacen menciones específicas a las experiencias vividas en los servicios de Urología y Medicina Interna.

“Las experiencias que más han contribuido en mi formación personal en profesionalismo médico son las rotaciones prácticas en el hospital ya que en estas rotaciones podemos poner en práctica todo aquello que aprendemos.” (E7)

- Modelamiento de rol

Observar a buenos y malos modelos en terreno es clave para aprender a ser un profesional médico. Los estudiantes reconocen la relevancia de estos actores formativos.

“Poder aprender de ellos, acompañarlos en su rutina [...] ver cómo tratan a sus pacientes y cómo trabajan en equipo.” (E10)

- Paciente – familia

El estudiante aprende de Profesionalismo Médico a través de la práctica de la interacción clínica y con el paciente como actor formador. La relación con paciente/familia permite la práctica y formación en empatía, comunicación y sentido de propósito.

“Entendí la importancia de tratar con cuidado, escuchar atentamente para descifrar frustraciones reales [...] y educar sobre su enfermedad.” (E13)

Por otro lado, la Bioética aparece en menor frecuencia de manera explícita en los escritos de los participantes, presentada principalmente como “metodología” o “contexto”:

- Curso o seminario de Bioética (bajo el nodo padre de “metodología”) (*Amp.:* 3)

“Ramos y talleres de ética [...] donde nos recuerdan que la empatía siempre es necesaria y que no debemos olvidarla.” (E11)

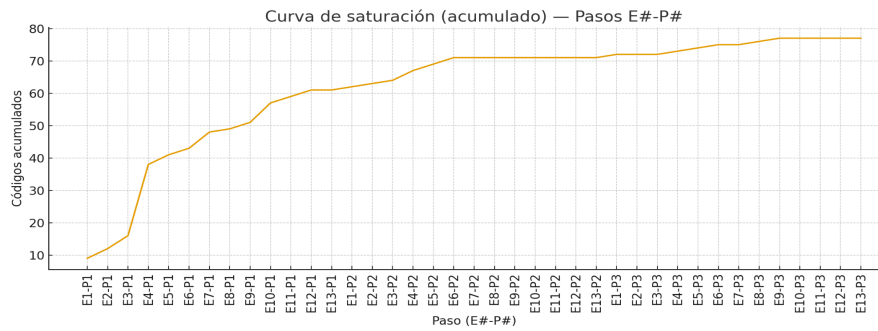
- Curso de Bioética (bajo el nodo padre de “contexto - formación teórica”) (*Amp.*: 2)

“Tener el ramo de Bioética me abrió [...] la mirada del fin de la medicina.” (E6)

Saturación y suficiencia

Se observó disminución progresiva de la novedad a lo largo de la lectura (realizada de E1 a E13, por cada eje P1, P2 y P3 a la vez) que fue siendo registrada a través del proceso de interpretación reflexiva en la Bitácora Reflexiva. De forma complementaria, en la evaluación por pregunta de los trece participantes, se obtuvo saturación temática desde el *sub-corpus* P1-P2, con una mantención de una baja emergencia de códigos nuevos hasta P3. En el eje de P3 se densifica la codificación sin añadir nuevos temas, en línea con la distinción entre saturación de códigos y saturación de significado propuesta por Hennink y Kaiser (2022). En los códigos temáticos, en el *sub-corpus* P1-P2, se registra una tasa de novedad de cero nuevos registros desde P2 – E7 hasta el final (tanto en primera pasada como segunda pasada). En el *corpus* total (P1, P2 y P3), se observa saturación desde P3 – E8 (posterior a segunda pasada) con un promedio de tasa de novedad menor a un (<1) registro nuevo por participante (Figura 6).

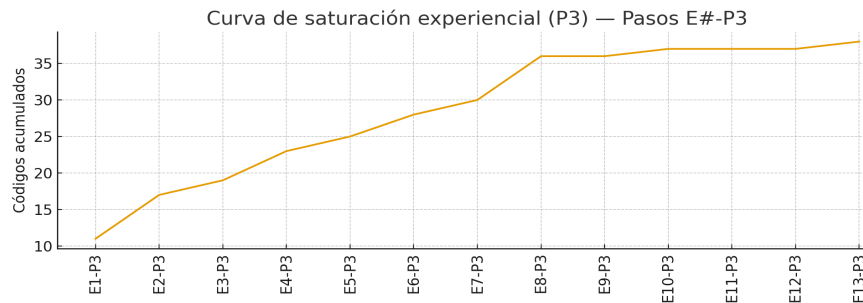
Figura 6. Curva de saturación del análisis inductivo temático.



Nota. Número acumulado de códigos temáticos por paso de análisis (E#-P#) a través del corpus, donde la estabilización de la curva refleja la saturación de nuevos códigos.

En lo experiencial – evaluados solo en P3 – se registra un índice de novedad de nueve respuestas nuevas en los últimos registros, desde P3 – E7 hasta P3 – E13 (Figura 7).

Figura 7. Curva de saturación del análisis inductivo experiencial.



Nota. Número acumulado de códigos temáticos por paso de análisis (E#-P#) a través del sub-corpus P3.

DISCUSIÓN

A lo largo de esta sección se presentará la discusión de los resultados de este estudio. Se mantendrá una estructura similar a la expuesta en la sección anterior: se discutirán los hallazgos por temas, se reflexionará sobre su evolución a través de P1, P2 y P3 y se analizarán sus puntos de encuentro con estudios previos. Posteriormente, se compararán los resultados generales con marcos teóricos y definiciones relevantes, identificando coincidencias y diferencias. Luego, se abordará específicamente el eje experiencial y, en el contexto de este estudio, se pondrá especial énfasis en el rol de la Bioética. Finalmente, se presentarán los alcances del estudio, sus proyecciones futuras y sus principales limitaciones.

Síntesis general de resultados y discusión por temas

El tema “Humanización y la atención centrada en la persona” es uno de los ejes más predominantes a través de las respuestas de la cohorte analizada. En P1, la inclusión de la humanización es parte de la definición como un aspecto crítico conceptual del PM. Al mismo tiempo, en estas respuestas se expresan de manera normativa, es decir, como un deber del médico hacia una atención humanizada. En P2 y P3, a través de la descripción del “buen profesional” y la descripción de experiencias formadoras concretas, se acentúa la relevancia de este tema en las narrativas de los estudiantes.

Esta relevancia transversal, que se profundiza a través de los *sub-corpora*, podría explicarse por la exposición a pacientes de manera temprana que tienen los participantes. Este contacto clínico está enfocado en la entrevista de pacientes y la escucha de sus narrativas como

las actividades principales del quehacer habitual de los estudiantes. Esta experiencia (como historias de vida complejas y contextos de sufrimiento) refuerza la centralidad del paciente como fin de la práctica profesional, como se ha observado en otros estudios (Fasce, 2009; Reimer, 2019).

Al igual que el tema anterior, “Virtudes y identidad profesional”, se mantiene de manera transversal a través del *corpus*. A través de la conceptualización de las respuestas de P1, se expresa lo relevante que es la configuración del médico: para definir PM, no solo basta con el “hacer” (como un *check-list* de conductas), sino que es necesario el “ser” un profesional con ciertas cualidades.

En las respuestas de P2 se ejemplifica de forma más específica las virtudes que configuran al profesional, en lo que es la figura ideal del “buen médico”. Estas respuestas se sitúan y corroboran con la realidad a través de lo descrito en P3. En la experiencia, estas virtudes se consolidan desde lo que el estudiante observa en modelos y antimodelos de rol, reforzando la idea de que “ser médico” significa configurar un determinado carácter profesional (Puschel, 2017; Salinas, 2021; Brody, 2014).

Esta centralidad de las virtudes es coherente con lo que aparece en la literatura latinoamericana sobre las definiciones de PM (Puschel, 2017) y con los estudios locales que identifican virtudes como la empatía y la honestidad como atributos clave de la buena práctica médica desde la mirada de estudiantes, médicos y pacientes (Fasce, 2009; Carvajal, 2020; Salinas, 2021).

“La responsabilidad y la ética aplicada” es otro tema constante y explícito en las tres preguntas. En P1, la mayoría de las definiciones incluyen referencias relacionadas al deber, el compromiso y la obligación de anteponer el interés del paciente, a veces como norma; en P2, la responsabilidad se sitúa en la práctica, direccionada hacia el paciente, el equipo de salud u otros, volviéndolo más concreto; y en P3, la ética aplicada se expresa en momentos donde el estudiante identifica la relevancia de la toma de decisiones prudentes y responsables ante situaciones complejas. La predominancia de este tema consistente con la literatura que sitúa el compromiso con el paciente y el comportamiento ético como componentes centrales del PM, tanto en estudios internacionales como locales (Papadakis, 2004; Fasce 2009; Wilkinson, 2009; Reimer, 2019).

El tema “Relación clínica y comunicación” aparece con mayor relevancia en P2 y P3 en comparación con P1. Si bien en las definiciones iniciales aparece este tema, es a través de la ejemplificación y de los relatos experienciales donde se describen con más detalle habilidades como la escucha activa, la capacidad de adaptarse al paradigma comunicacional del paciente, el acompañamiento emocional o forjar una relación de confianza.

Este desplazamiento hacia lo relacional en P2 y más significativamente, en P3, puede estar asociado a la experiencia en campo clínico, donde la entrevista y el encuentro con pacientes se convierten en espacios de reflexión personal sobre la importancia del vínculo médico-paciente. Es en estas interacciones, donde el estudiante “ve” funcionar su propio PM y recibe una retroalimentación — implícita o explícita — de los pacientes y docentes, reforzando

la importancia de la relación con la persona y la utilidad de las herramientas comunicacionales para establecer un nexo de confianza (Byszewski, 2012; Reimer, 2019; Façanha, 2022).

Este énfasis en la comunicación coincide con trabajos que destacan la dimensión humanista de la entrevista clínica y el rol de la empatía y la escucha en la construcción de la identidad profesional (Birden, 2013).

En relación con las competencias técnicas, los resultados sugieren que estas son consideradas por los estudiantes como necesarias, pero no suficientes, y se subordinan a otros temas como “Humanización y atención centrada en la persona”. En P1 y P2, el conocimiento aparece como un aspecto mínimo para el buen profesional, mientras que en P3 se describen experiencias donde el entrenamiento supervisado permite al estudiante reflexionar sobre sus capacidades y sus límites, reforzando la idea de que la excelencia técnica debe estar integrada a un marco ético y relacional. A través de los textos, como refuerzo de la idea y de forma constante, se observan advertencias de no construir una excelencia profesional únicamente basada en la experticia clínica.

La relevancia del conocimiento técnico y del equilibrio *high-tech* y *high-touch* es coherente con estudios que muestran cómo los estudiantes le dan importancia a las habilidades clínicas, pero supeditadas a una práctica humanizada (Fasce, 2009; Reimer, 2019; Wynia, 2014).

Finalmente, el trabajo en equipo y el autocuidado –incluyendo los límites personales y el control emocional– aparecen de manera mucho menos frecuente y menos desarrollada que los temas previos, especialmente en P1 y P2. En P3 se observan pequeñas reflexiones sobre la

importancia de la colaboración interprofesional y la necesidad de controlar cómo se implican emocionalmente frente a las pacientes.

La menor relevancia de estos temas en estudiantes de niveles iniciales o medios de su trayecto curricular se ha visto por otros autores (Klemenc-Ketis, 2014) y tal como mencionan estos estudios, esto podría explicarse por la etapa formativa en la que se encuentran. En el caso de esta cohorte, los estudiantes de cuarto año de medicina de la FM CAS-UDD se encuentran en un momento de transición, donde la experiencia clínica tiene un foco más centrado en la relación médico-paciente y el conocimiento de sus patologías, mientras que aún no experimentan de forma completa una interacción directa con el sistema de salud y tampoco el ritmo de vida de un profesional médico. Estas experiencias tienden a darse en etapas más avanzadas de la formación (como los años de internados) o como médicos egresados, modificando el predominio de estas temáticas en las percepciones de PM (Klemenc-Ketis, 2014; Fasce, 2009; Wilkinson, 2009; Castelli-Candia, 2022).

Aun así, la literatura sugiere que el trabajo en equipo, la autoevaluación y el autocuidado son valores cada vez más reconocidos como parte del PM contemporáneo (Wilkinson, 2009; Castelli-Candia, 2022), por lo que su presencia en estos relatos podría interpretarse como un campo de desarrollo curricular coherente con la inclusión de cursos como “Bienestar y autocuidado” y los cambios culturales institucionales que se expresan a través del curriculum oculto.

Comparación con marcos teóricos canónicos y otras definiciones

Desde la perspectiva de Cruess y cols. (2004), el profesionalismo se sostiene porque el profesional responde ante la sociedad en un contrato social. A pesar que el “contrato social” no es nombrado, las respuestas analizadas permiten inferir que esto sí se ve así, especialmente por el énfasis en la responsabilidad y compromiso con el paciente en su rol médico. Al mismo tiempo, los resultados muestran que las habilidades relacionales y las competencias técnicas están supeditadas en función de poner al paciente al centro, relacionándose con lo planteado por estos autores donde la medicina “Es una vocación en la cual el conocimiento de algún departamento de la ciencia o el aprendizaje, o la práctica de un arte fundado en él, se utiliza en servicio de otros.” (Cruess, 2004).

Por otro lado, existe coincidencia con los principios del ABIM planteados en *Charter of Medical Professionalism* (ABIM, 2002) y recogidos en el COLMED de Chile (2021), donde existe preeminencia del bienestar del paciente con compromisos con la competencia y valores como la veracidad. La justicia aparece en los relatos como equidad y trato digno, sin embargo las respuestas de los estudiantes no mencionan explícitamente la justicia distributiva. Esto último es esperable, ya que estas percepciones sobre Profesionalismo Médico tienden a aparecer en el trayecto avanzado del estudiante o como ya profesional egresado (Reimer, 2019).

Los ejes temáticos obtenidos se alinean con los roles de *Professional*, *Communicator*, *Collaborator* y *Medical Expert* planteados en CanMEDS (Frank, 2015). Al igual que se mencionó anteriormente, que por la etapa formativa de los estudiantes y la aún inexperta

vinculación con el sistema y una práctica profesional completa, los roles de *Leader*, *Scholar* y *Health Advocate* aparecen en un rol secundario o ausentes. Las respuestas de los estudiantes no ocupan el lenguaje relacionado de este *framework* pero sus respuestas siguen una dirección similar, utilizando un léxico predominantemente experiencial en vez que competencial.

Desde la definición de Puschel y cols. (2017), el profesionalismo se entiende como un compromiso integral con la dignidad y el bienestar de la persona, mantenido por un carácter virtuoso (empatía, honestidad, responsabilidad). Esta formulación propuesta en “*In Our Own Words*” concuerda estrechamente con los ejes que emergen en estos resultados: el paciente como centro normativo, la relación clínica y la comunicación como lugar donde se concretan los deberes/obligaciones morales, y la prudencia como articulación práctica entre lo técnico y humano.

Los resultados observados en P1 tienen implicancias relevantes desde un punto de vista institucional. Las conceptualizaciones de los estudiantes dialogan con la definición de PM planteada por la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo (s.f.) para su malla original — “Como tal, el médico está comprometido con la salud y el bienestar de los pacientes y de la sociedad a través de una práctica ética y altos estándares de conducta, responsabilidad para con su profesión y la sociedad, autorregulación y mantención de la salud personal” —, pero añaden un énfasis más marcado en la conformación del profesional y en sus herramientas y conductas relacionales.

Sin embargo, destaca que el léxico utilizado por los estudiantes no refleja un conocimiento explícito ni una integración manifiesta de la formulación institucional en sus respuestas. Esta distancia en el lenguaje respecto de la definición, podría darse por una falta de socialización de forma explícita o por mecanismos pedagógicos que no permitan el aprendizaje eficaz por parte de los estudiantes.

Finalmente, un aspecto general relevante de las respuestas es que la expresión de la conceptualización y/o ejemplificación va más allá de listas de competencias que puedan ocultar el *telos*, como es advertido por otros autores ante definiciones centradas en listas (Brody, 2014; Wynia, 2014). Más bien, las respuestas se concentran en el fin de la práctica profesional, centrándose en la persona atendida o en el desarrollo virtuoso del profesional.

Experiencias formadoras de Profesionalismo Médico

En cuanto a los resultados del análisis experiencias sobre las vivencias formadoras, aparecen tres mecanismos pedagógicos relevantes en las respuestas: la práctica supervisada/entrenamiento técnico, modelamiento de rol (en modelos y antimodelos) y los encuentros con pacientes (el paciente como actor formador). El hacer y ver podría permitir al estudiante dotar de sentido su práctica y orientar su desarrollo en PM. La posible relevancia de estas experiencias en análisis realizados concuerda con lo comentado por la literatura: el currículo oculto tiene un rol crucial en la transmisión de aprendizajes de PM (Hafferty, 1998) y el rol significativo del paciente y sus familias como actores formadores (Crues, 2006).

Parte de los pilares (o “principios”) formadores planteados por Cruess y cols. (2006) son desarrollados en la descripción de experiencias formadoras de PM de los participantes. Se observa la presencia de una base cognitiva, presente en cursos y seminarios de Bioética, Comunicación y otros inespecificados. También, aparece el modelamiento del rol, aprendizaje experiencial, vividos en campo clínico y la continuidad de la enseñanza de PM, relatada a través de las narrativas referentes a la trayectoria curricular realizada por parte de los participantes.

Es importante considerar que en este análisis el eje experiencial no fue el foco principal del estudio y que, a pesar de una tasa de novedad baja en los últimos casos revisados, no se logró una saturación satisfactoria. Esto modula la interpretación en términos de transferibilidad de los resultados experienciales y sus interpretaciones.

La Bioética en la formación de Profesionalismo Médico

A pesar de no ser textualmente predominante, la Bioética parece ser reconocida como una experiencia formadora significativa para PM; su presencia se percibe principalmente como curso o seminario más que como algo presente en la práctica. Su prevalencia es menor y suele ubicarse en nodos padre de “Metodología” o de “Formación teórica”, con citas alusivas a “ramos y talleres”, y a cursos que les abren la mirada a los fines de la medicina. Esta concentración de la Bioética en torno a aspectos más teóricos dialoga con lo planteado por Brody y cols. (2014), quienes advierten que, si la dimensión ética del profesionalismo se mantiene sólo en la base cognitiva y no se articula con la práctica clínica y la formación del carácter, puede volverse una exigencia formal más que un verdadero eje de identidad profesional.

También, puede ser que la baja presencia de la Bioética en las respuestas experienciales no significa que su relevancia en PM para los estudiantes sea baja, sino más bien que en los contextos prácticos no se manifiesta expresamente. Esto abre una oportunidad curricular de llevar la Bioética a ser enseñada de forma explícita y longitudinalmente integrada; al lado del paciente y por aquellos modelos que resultan significativos a la hora de formar al estudiante en PM (Bioética *bedside*; debates sobre casos de los pacientes hospitalizados vistos por los estudiantes; deliberaciones guiadas por tutores en campo clínico, bajo el método enseñado en el aula del curso correspondiente), en línea con la propuesta de entender la bioética no sólo como un curso aislado, sino como un eje articulador del profesionalismo médico.

Esta propuesta es consistente con lo planteado por Carrese y cols. (2015) en su revisión sobre objetivos, contenidos y estrategias para la enseñanza de ética médica orientada al profesionalismo. En este estudio (también referido como Romanell Report) plantea que la educación en ética médica tiene un rol esencial en la formación del profesionalismo y que, por lo mismo, debería articularse con las experiencias clínicas reales más que quedar confinada a un curso teórico aislado.

Observando el análisis del contenido de las narrativas, la Bioética parece estar presente en las respuestas del estudiantado desde una perspectiva de la Ética de la Virtud. Como se discutió previamente, cuando conceptualizan, ejemplifican o reflexionan sobre sus experiencias, no solo hablan de cumplir normas o desempeñar “correctamente” un rol bajo un *checklist* de competencias, sino que sus respuestas reflejan transversalmente el foco en que tipo de

profesional quieren ser: empático, prudente, benevolente, honesto, capaz de reconocer sus límites y de cuidar a otros y a sí mismo. Al hablar sobre PM, se sostiene la idea de que el ejercicio ético no es solo la aplicación de principios o seguir reglas, sino que implica un compromiso interno con el desarrollo del carácter y la búsqueda constante de la excelencia moral y técnica en el ejercicio de la profesión. Esto es de fundamental importancia, como lo indican otros autores:

Si se olvidan las virtudes podemos convertir al profesional en un mercenario (corrosión y perversión de la profesión), que vende sus servicios al mejor postor, al interesarse solo por las finalidades extrínsecas de la profesión. El florecimiento del profesional sanitario, la excelencia de la actividad que ejerce, no es posible sola a golpe de contratos, ni siquiera de principios deductivamente aplicados al caso particular, ni de cálculos de costes/beneficios. Necesitamos profesionales con carácter (buen carácter) cuyas maneras de ser, cual catalizadores, faciliten el servicio al que se deben. [...]. Más que ejercer la enfermería o la medicina, se trata de ser médico o enfermero y de serlo de la mejor manera posible. (Román, 2020)

Desde esta perspectiva y la observada en los estudiantes, el profesionalismo puede entenderse como la expresión práctica de las virtudes, que orientan la aplicación de principios y evitan el cumplimiento de normas deontológicas o arreglos contractuales sin *telos*. Esto enfatiza lo que realiza Bioética, no solo enseñando principios o procedimientos, sino que ofreciendo espacios de reflexión sobre el carácter y la identidad profesional donde los estudiantes puedan articular qué tipo de médico quieren ser y por qué.

Por otro lado y de manera similar, los estudiantes ponen el acento en la preocupación concreta por las personas, con escucha activa y acompañamiento, con un enfoque multidimensional, cuando las posibilidades técnicas son limitadas. El cuidado aparece en la atención a la vulnerabilidad del otro y en la asimetría de la relación clínica. Desde la perspectiva entregada por los estudiantes, el Profesionalismo Médico implica una responsabilidad activa en sostener relaciones de cuidado que se adapten a los paradigmas de sus pacientes.

Las respuestas de los estudiantes con énfasis en el cuidado son especialmente relevantes, porque conectan al Profesionalismo Médico con la Ética del Cuidado, donde la relación sanitaria se entiende como un compromiso del profesional ante la vulnerabilidad del otro. Desde la perspectiva planteada por autores como Barnard (2016), el cuidado aparece como fundamento del contrato social: es la promesa de cuidar de manera atenta, competente y sensible al contexto lo que sostiene la confianza de los pacientes y de la sociedad.

Desde el punto de vista formativo, esto refuerza el rol que tiene la Bioética en la formación de PM permitiendo a los estudiantes reflexionar sobre cómo se cuida y cómo se es cuidado. En el futuro, sería deseable que los esfuerzos pedagógicos orientados a fortalecer la enseñanza del PM ayuden a que los estudiantes reconozcan de manera más explícita otros componentes clave de su formación profesional, como el apoyo institucional, el desarrollo de la facultad, el ambiente formativo y los mecanismos de evaluación. Que estos elementos no aparezcan nombrados directamente en sus relatos no implica necesariamente que estén ausentes, sino más bien que tienden a estar como parte del currículum oculto, bajo un nivel explícito.

Alcances del estudio y futuras líneas de investigación

Como se mencionó en la parte inicial de este documento, en el campo local existe poca evidencia cualitativa sobre PM, y aún menos desde la voz estudiantil. Este estudio permite contribuir a cubrir ese vacío en la literatura con los entendimientos sobre la percepción de Profesionalismo Médico (conceptuales, ideales y formativas), situados en un contexto institucional específico. Permite conocer, desde la malla curricular original, como conversa la intención pedagógica en PM con lo que realmente está siendo adquirido por los estudiantes y/o la coherencia en el curriculum formal y oculto, siendo una oportunidad de evaluación de lo que se hace actualmente y que se puede modificar, en el contexto los cambios curriculares que vive actualmente la FM CAS-UDD, que también pueden aplicar a la malla curricular original.

Por otro lado, las percepciones de los estudiantes pueden reflejar una afinidad de aprendizaje de PM (mayor tendencia hacia el la centralidad del paciente y ética de la virtud), que puede significar replantear las definiciones utilizadas y los resultados aprendizajes/metodologías/evaluaciones que se desprenden de estas.

Además, se habilitan posibilidades de realizar estudios de seguimiento de este grupo para revisar la evolución de su percepción de PM a lo largo de la carrera y comparaciones longitudinales con las cohortes de nuevas mallas curriculares.

A pesar que esto no era el foco de esta evaluación, los resultados del análisis experiencial invitan a la profundización para obtener más datos para alcanzar suficiencia y comprender con

mayor claridad cuáles son los eventos formadores clave de PM. Con los resultados actuales, se puede sugerir un fortalecimiento del modelaje docente como desarrollo de facultad.

Es importante recalcar la aparición del paciente y familia como actores significativos en la formación profesional a lo largo de las respuestas de P3. Considerando la participación de las personas atendidas en el desarrollo en PM de los participantes, los estudios futuros relacionados podrían profundizar en las perspectivas de los pacientes. Autores como Carvajal (2020) en su trabajo "Virtudes del médico: ¿qué importancia le atribuyen los pacientes?" exploran localmente estas voces, que frecuentemente no están representadas en la literatura y que pueden dar luces para reforzar el contrato social. Después de todo, este contrato resulta de un acuerdo bilateral entre el médico y la sociedad en la que se desenvuelve.

Limitaciones del estudio

Existen limitaciones importantes a la hora de interpretar este estudio.

- Analista único: los estudios cualitativos realizados en solitario poseen riesgo de sesgo. Se ha intentado mitigar esto a través de consideraciones metodológicas que permitan mayor rigurosidad. Estos mecanismos han sido explicados en la sección de Metodología y Resultados de este documento, al mismo tiempo que se pueden revisar en detalle en la Bitácora Reflexiva del Investigador (Anexo 6). Además, los datos están sujetos a la subjetividad interpretativa del investigador (docente de la FM CAS-UDD, vinculado con la docencia en humanidades médicas y

profesionalismo a estudiantes de medicina y egresado de Magíster de Bioética). Desde la perspectiva del RTA, esto no se contrapone a la rigurosidad del estudio, sino que es una herramienta fundamental para el análisis de los datos (Braun & Clarke, 2021).

- Contexto específico: la cohorte evaluada proviene de un contexto específico, por lo tanto se debe ser cuidadoso al momento de generalizar estos resultados a otras poblaciones.
- Análisis experiencial: como ya se ha mencionado anteriormente, a pesar de ser un ámbito complementario al análisis temático, vale la pena recalcar que la densidad de la evaluación experiencial P3 es baja. Los resultados pueden subestimar algunos mecanismos formativos y se sugiere prudencia al analizar. Sin embargo, los datos entregados aportan claves que podrían orientar mejoras pedagógicas.

CONCLUSIÓN

El Profesionalismo Médico es un tema que se discute aún de manera constante y carece de una definición única y universal (existiendo discusión de cómo se debería construir una definición sobre el tema) y su operacionalización depende del contexto cultural, sujeto a cambios temporales y espaciales. La literatura internacional recoge el tema desde diferentes enfoques: deontológicos, listas de competencias, visiones relacionales del rol, etc. Localmente, especialmente en Chile, los estudios relacionados aún son escasos, donde se ha subrayado un acento centrado en las personas en un único estudio local (Puschel y cols., 2017).

En este estudio se analizaron temáticamente tres preguntas y sus respuestas (P1, P2 y P3) insertas en un portafolio de rotación de APS de estudiantes de cuarto año de medicina de la FM CAS-UDD, que permiten una exploración de las perspectivas sobre Profesionalismo Médico desde diferentes puntos de vista. P1 solicita a los estudiantes definir, con sus propias palabras PM, conceptualizando y abstrayendo los elementos que forman parte del concepto, explicitando fines y valores. Por otro lado, P2 permite trasladar estos elementos a un ejemplo ideal, concreto y situado, llevando los fines a la acción y entregándonos una ventana hacia lo conductual y conformacional de un “buen profesional”. Por último P3 entrega información sobre las experiencias formativas, dándonos muestras de qué cosas de lo vivido por el estudiante forman parte de su visión de PM y qué fue lo que permitió ese aprendizaje (actores, metodologías, contextos y/o tipos de casos). Esto lleva lo ideal a lo real y lo contextualiza de forma específica.

Se muestra que, para los participantes, el Profesionalismo Médico no es un *checklist* de conductas ni la repetición de frases carentes de sentido, sino una práctica del rol donde el *telos* está en el bienestar del otro y en la conformación virtuosa personal. No solo eso, el PM se vive implícitamente en el marco de un contrato social, expresado por el deber y responsabilidad con el paciente. Los relatos reflejan que la relación del PM se extiende a otros actores del sistema sanitario, a través del trabajo en equipo. En las perspectivas del profesionalismo, también existe un compromiso con uno mismo, a través del autocuidado y conocimientos de los límites personales que habilitan la búsqueda de ayuda.

Estas observaciones se comparan con marcos teóricos y definiciones anteriores, mostrando diversas concordancias con cada una de ellas. Convergen con el contrato social (Cruess, 2008) al situar al paciente como centro normativo y exigir compromiso con la sociedad. También dialogan con el Charter of Medical Professionalism (ABIM, 2002) en deberes de honestidad, competencia y primacía del bienestar, además de ser compatibles con CanMEDS (Frank, 2015) en la integración de roles (comunicador, colaborador, profesional).

Este trabajo contribuye a entender mejor el PM, especialmente de manera local, siendo un aporte a la escasa literatura al respecto. Por otro lado, abre oportunidades a futuras líneas de investigación como comparaciones longitudinales o con cohortes comparables de la nueva malla curricular de la FM CAS-UDD. Se puede continuar profundizando en las perspectivas, tanto de estudiantes (en especial en las experiencias formadoras) como con otros actores, que en este análisis aparecen como relevantes y partícipes de la construcción de PM.

A pesar de no ser el foco principal de este documento, los resultados permiten que se genere una reflexión sobre cómo actualmente se realiza la enseñanza de profesionalismo para los estudiantes de medicina. Se observa con fuerza el modelaje docente sobre la formación del estudiantado, donde tal vez se debería invertir mayores esfuerzos en capacitaciones u otros. En las respuestas de los participantes, se observan elementos de Bioética presentes en los relatos de los estudiantes pero sin una expresión literal, quizás siendo necesario explicitar los contenidos (y curso) de forma transversal, tanto en aulas de otras disciplinas o rotaciones prácticas.

El Profesionalismo Médico es materia que debe seguir siendo estudiada, dado que su definición y todo lo que se desprenda de ella están sujetas a constante variación y transformación. Además, menciona Hafferty (2004), reducirlo a una definición cerrada corre el riesgo de vaciarlo de propósito “[...] La invitación es a seguir explorando y profundizando en las perspectivas de estudiantes, docentes, pacientes y equipos de salud, integrando evidencias locales y comparadas para orientar decisiones curriculares concretas y sostenibles”. Esta invitación se reitera en estas palabras finales, para que se pueda seguir llenando de sentido la práctica de nuestros futuros profesionales y seguir alimentando, de forma efectiva y eficiente, la confianza que requiere la relación del médico con la sociedad.

REFERENCIAS

- ABIM Foundation and ACP-ASIM Foundation EUROPEAN Federat Internal MED. 2002. Medical professionalism in the new millennium: A physicians' charter. *Acta Clin Belg* 57:169—171. <https://doi.org/10.1179/acb.2002.037>
- Aravena L, Pedro, & Inostroza P, Manuel. (2015). ¿Salud Pública o Privada? Los factores más importantes al evaluar el sistema de salud en Chile. *Revista médica de Chile*, 143(2), 244-251. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000200012>
- Barnard D. (2016). Vulnerability and Trustworthiness. *Cambridge quarterly of healthcare ethics : CQ : the international journal of healthcare ethics committees*, 25(2), 288–300. <https://doi.org/10.1017/S0963180115000596>
- Barnhoorn, P. C., & Youngson, C. C. (2014). Defining professionalism: Simplex sigillum veri! *Medical Teacher*, 36(6), 545. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.909016>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1979). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). Oxford University Press.
- Birden, H., Glass, N., Wilson, I., Harrison, M., Usherwood, T., & Nass, D. (2014). Defining professionalism in medical education: A systematic review. *Medical Teacher*, 36(1), 47-61. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.850154>

- Braun, V. and Clarke, V. (2021) *Thematic Analysis A Practical Guide*. Sage, London. -
References—Scientific Research Publishing. (s. f.). Recuperado 8 de diciembre de
2025, de <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3429437>
- Brody, H., & Doukas, D. (2014). Professionalism: a framework to guide medical education.
Medical education, 48(10), 980–987. <https://doi.org/10.1111/medu.12520>
- Bryden, P., Ginsburg, S., Kurabi, B., & Ahmed, N. (2010). Professing professionalism: Are we
our own worst enemy? Faculty members' experiences of teaching and evaluating
professionalism in medical education at one school. *Academic Medicine: Journal of
the Association of American Medical Colleges*, 85(6), 1025-1034.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181ce64ae>
- Bulk, L., Drynan, D., Murphy, S., Gerber, P., Bezati, R., Trivett, S., & Jarus, T. (2019). Patient
perspectives: Four pillars of professionalism. *Patient Experience Journal*, 6(3), 74-81.
<https://doi.org/10.35680/2372-0247.1386>
- Bustamante-Antimán, Diego, Gómez-Díaz, Gabriela, Inclán-Cortez, Cristian, Illesca-Pretty,
Mónica, & Godoy-Pozo, Jessica. (2025). Opiniones de estudiantes de la salud de una
universidad del sur de Chile sobre docencia remota. *FEM: Revista de la Fundación
Educación Médica*, 28(1), 13-19. Epub June 02,
2025. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.281.1362>

- Byrne, D. (2022). A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Quality & Quantity*, 56(3), 1391-1412.
<https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
- Byszewski, A., Gill, J. S., & Lochnan, H. (2015). Socialization to professionalism in medical schools: A Canadian experience. *BMC Medical Education*, 15, 204.
<https://doi.org/10.1186/s12909-015-0486-z>
- Carrese, J. A., Malek, J., Watson, K., Lehmann, L. S., Green, M. J., McCullough, L. B., Geller, G., Braddock, C. H., & Doukas, D. J. (2015). The essential role of medical ethics education in achieving professionalism: The Romanell Report. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 90(6), 744-752.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000715>
- Carvajal, Sergio. (2020). Virtudes del médico: ¿qué importancia le atribuyen los pacientes?. *Revista médica de Chile*, 148(12), 1767-1772.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001201767>
- Castelli-Candia, P. (2022). Challenges for training medical professionalism values in times of COVID-19 and social crisis. *Revista médica de Chile*, 150(9), 1248-1255.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000901248>
- Colegio médico de Chile. (2021) Disponible en: https://www.colegiomédico.cl/wp-content/uploads/2022/04/codigo-de-etica_FINAL-2021.pdf (Consultado el 06 de marzo de 2024).

- Colorafi, K. J., & Evans, B. (2016). Qualitative descriptive methods in health science research. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 9(4), 16–25. <https://doi.org/10.1177/1937586715614171>
- Cruess, R. L., & Cruess, S. R. (2008). Expectations and obligations: Professionalism and medicine's social contract with society. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 579-598. <https://doi.org/10.1353/pbm.0.0045>
- Cruess, S. R., Johnston, S., & Cruess, R. L. (2004). «Profession»: A working definition for medical educators. *Teaching and Learning in Medicine*, 16(1), 74-76. https://doi.org/10.1207/s15328015t1m1601_15
- Cruess, R. L., & Cruess, S. R. (2006). Teaching professionalism: General principles. *Medical Teacher*, 28(3), 205–208. <https://doi.org/10.1080/01421590600643653>
- Façanha, J. R., Rocha, T. M., Borges, L. R., Oliveira, M. L. de, & Peixoto, R. A. C. (2022). Percepções de estudantes de medicina sobre o ensino de profissionalismo: Estudo quanti-qualitativo. *Research, Society and Development*, 11(14), e332111436380-e332111436380. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36380>
- Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. (s. f.). Competencias generales - Facultad de Medicina, Sede Santiago. Recuperado 17 de octubre de 2025, de <https://medicina.udd.cl/competencias-generales/>

Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. (s. f.). Malla curricular - Facultad de Medicina, Sede Santiago. Recuperado el 24 de noviembre de 2024, de <https://medicina.udd.cl/medicina-santiago/admision/malla-curricular/>

Fasce, Eduardo, Echeverría, Max, Matus, Olga, Ortiz, Liliana, Palacios, Sylvia, & Soto, Alejandro. (2009). Atributos del profesionalismo estimados por estudiantes de medicina y médicos. Análisis mediante el modelo de disponibilidad léxica. *Revista médica de Chile*, 137(6), 746-752. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600003>

Feitosa, E. S., Brilhante, A. V. M., Cunha, S. de M., Sá, R. B., Nunes, R. R., Carneiro, M. A., Santos, Z. M. de S. A., & Catrib, A. M. F. (2020). Professionalism in the Training of Medical Specialists: An Integrative Literature Review. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43, 692-699. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190143.ING>

Frank, J.R. (2005). The CanMEDS 2005 physician competency frame work. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa, ON The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. - References—Scientific Research Publishing. (s. f.). Recuperado 8 de diciembre de 2025, de <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=830651>

Frank, J.R., Snell, L. and Sherbino, J. (2015) CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ottawa. -

References—Scientific Research Publishing. (s. f.). Recuperado 8 de diciembre de 2025, de <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3014218>

Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 117. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>

Godoy-Pozo, J., Águila Bustamante, D., Rivas Valenzuela, T., Sánchez Güenul, J., Illesca-Pretty, M., Flores González, E., Hernández Díaz, A., & Victoriano Rivera, T. (2021). Service-learning: Experience of teacher-tutors in the nursing career. *Medwave*, 21(6), e8218. <https://doi.org/10.5867/medwave.2021.06.8218>

Hafferty, F. (2006). Viewpoint: The Elephant in Medical Professionalism's Kitchen. *Academic Medicine*, 81(10), 906. <https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000238230.80419.cf>

Hafferty, F. (2004). Toward the operationalization of professionalism: A commentary. *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 4(2), 28-31. <https://doi.org/10.1162/152651604323097718>

Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 292, 114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill Education.

- Irby, D. M., & Hamstra, S. J. (2016). Parting the Clouds: Three Professionalism Frameworks in Medical Education. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 91(12), 1606–1611. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001190>
- Jotterand, F. (2005). The Hippocratic oath and contemporary medicine: Dialectic between past ideals and present reality? *The Journal of Medicine and Philosophy*, 30(1), 107-128. <https://doi.org/10.1080/03605310590907084>
- Kavas, M. V., Demirören, M., Koşan, A. M., Karahan, S. T., & Yalim, N. Y. (2015). Turkish students' perceptions of professionalism at the beginning and at the end of medical education: a cross-sectional qualitative study. *Medical education online*, 20, 26614. <https://doi.org/10.3402/meo.v20.26614>
- Klemenc-Ketis, Z., & Vrecko, H. (2014). The Perceptions of Professionalism by 1(st) and 5(th) Grade Medical Students. *Acta informatica medica : AIM : journal of the Society for Medical Informatics of Bosnia & Herzegovina : casopis Drustva za medicinsku informatiku BiH*, 22(5), 292–296. <https://doi.org/10.5455/aim.2014.22.292-296>
- Kuczewski, M. G. (2010). Teaching biomedical ethics as professionalism in the United States. *Diametros*, (25), 30–37. <https://doi.org/10.13153/diam.25.2010.402>
- Kumar V, D., Murugan, M., Goriparthi, B., & Devi, R. (2018). Good doctor and bad doctor: A qualitative study of first year medical students' views on professionalism.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE.

- Ludwig S. (2020). Professionalism. *Pediatrics in review*, 41(5), 217–223.
<https://doi.org/10.1542/pir.2018-0234>
- MacKenzie C. R. (2007). Professionalism and medicine. *HSS journal : the musculoskeletal journal of Hospital for Special Surgery*, 3(2), 222–227.
<https://doi.org/10.1007/s11420-007-9054-3>
- Maxwell, J. A. (2010). Using numbers in qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(6), 475–482. <https://doi.org/10.1177/1077800410364740>
- McAleer, S. (2010). Medical professionalism: what does the public think? *Clinical Medicine*.
- Mieres Brevis, Michelle. (2020). La dinámica de la desigualdad en Chile: Una mirada regional. *Revista de análisis económico*, 35(2), 91-133.
<https://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.10-4-364>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1609406917733847. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Papadakis, M. A., Hodgson, C. S., Teherani, A., & Kohatsu, N. D. (2004). Unprofessional behavior in medical school is associated with subsequent disciplinary action by a state medical board. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(3), 244-249.
<https://doi.org/10.1097/00001888-200403000-00011>

- Papadakis, M. A., Loeser, H., & Healy, K. (2001). Early detection and evaluation of professionalism deficiencies in medical students: One school's approach. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 76(11), 1100-1106. <https://doi.org/10.1097/00001888-200111000-00010>
- Park, S. Y., Shon, C., Kwon, O. Y., & Kim, D. H. (2017). A qualitative thematic content analysis of medical students' essays on professionalism. *BMC Medical Education*, 17(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0920-5>
- Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). Compassion. In *The virtues in medical practice*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195082890.003.0006>
- Puschel, K., Repetto, P., Bernales, M., Barros, J., Perez, I., & Snell, L. (2017). «In our own words»: Defining medical professionalism from a Latin American perspective. *Education for Health (Abingdon, England)*, 30(1), 11-18. https://doi.org/10.4103/efh.EfH_4_16
- Reimer, D., Russell, R., Khallouq, B. B., Kauffman, C., Hernandez, C., Cendán, J., & Castiglioni, A. (2019). Pre-clerkship medical students' perceptions of medical professionalism. *BMC medical education*, 19(1), 239. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1629-4>
- Román B. Ética de la virtud para la Bioética Clínica: hábitos, excelencia y conciencia de pertenencia. En: Beca JP, Astete C, editores. *Bioética Clínica*. Editorial Mediterráneo; 2020. p. 71-80.

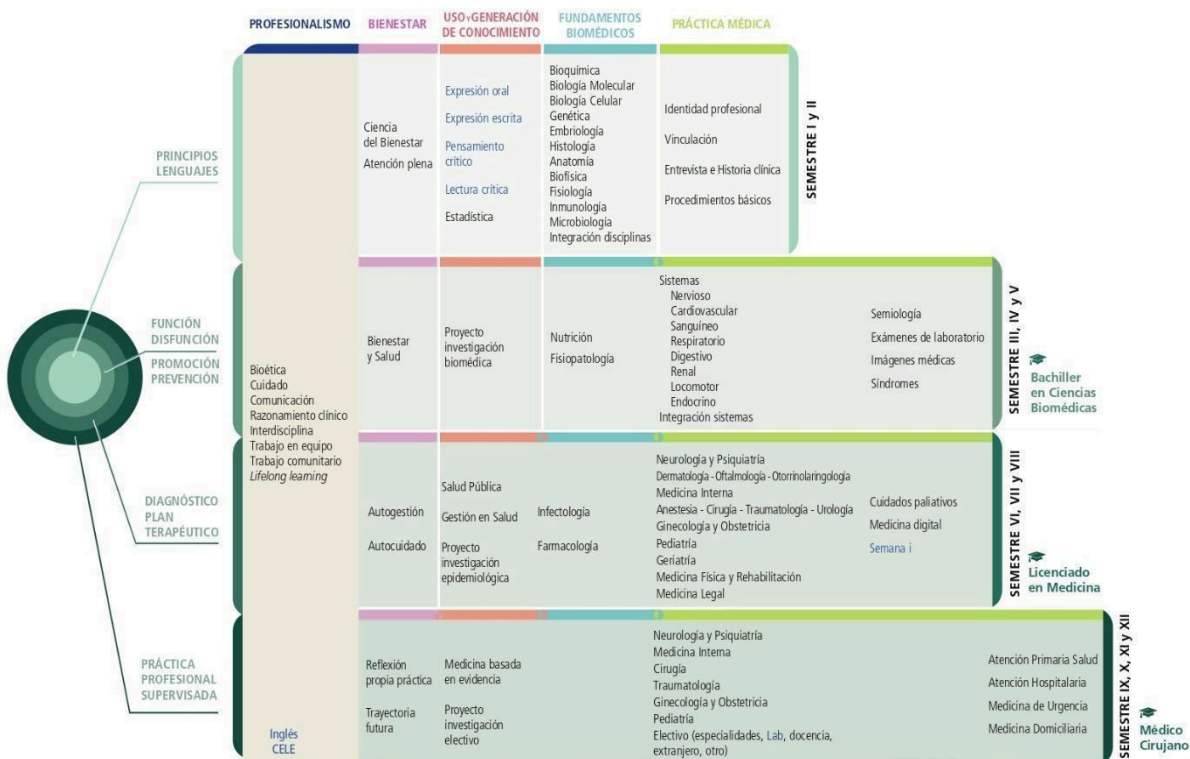
- Romão, G. S., Coelho, R. A., Brito, M. B., Barcelos, I. D. E. S., & Sá, M. F. S. de. (2019). Profissionalismo na Residência Médica. *Femina*, 413-418.
- Salinas Carrizo, P. A. (2021). Formación del profesionalismo en la carrera de medicina de la Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/181733>
- University of Nottingham. (s.f.). Personal and professional development toolkit. Recuperado el 11 de noviembre de 2024, de <https://rdmc.nottingham.ac.uk/bitstream/handle/internal/250/PPD/index.html>
- Walton, M., Jeffery, H., Van Staaldunen, S., Klein, L., & Rothnie, I. (2013). When should students learn about ethics, professionalism and patient safety? *The Clinical Teacher*, 10(4), 224-229. <https://doi.org/10.1111/tct.12029>
- Wildman, J. (2021). COVID-19 and income inequality in OECD countries. *European Journal of Health Economics*, 22, 455—462. <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01266-4>
- Wilkinson, T. J., Wade, W. B., & Knock, L. D. (2009). A blueprint to assess professionalism: Results of a systematic review. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(5), 551-558. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31819fbaa2>
- Worthington, R. P. (2015). Ethics and professionalism in a changing world. *Investigación en Educación Médica*, 4(15), 175-178. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2015.05.002>

Wynia, M. K., Papadakis, M. A., Sullivan, W. M., & Hafferty, F. W. (2014). More than a list of values and desired behaviors: A foundational understanding of medical professionalism. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(5), 712- 714. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000212>

ANEXOS

Anexo 1. Nueva malla curricular carrera de medicina de la FM CAS-UDD

Medicina



Anexo 2. Instrucciones y estructura de portafolio

PORTAFOLIO 4° AÑO MEDICINA

Médico Quirúrgico II-APS

2024

CURSO:	MEDICO QUIRÚRGICO II
COORDINADOR DEL CURSO:	DRA. PAULA MARTENS
COORDINADOR DE PORTAFOLIO:	DRA. PAULA MARTENS
ASESORIA ACADÉMICA:	ENFERMERA UNIVERSITARIA CARLA BENAGLIO (Centro de Desarrollo Educativo)

El portafolio del curso MQII consiste en la revisión de un caso clínico durante la rotación práctica en APS en torno al desarrollo de los objetivos generales del curso y el perfil de competencias del egresado.

La actividad contempla el aprendizaje de conocimientos, destrezas clínicas y actitudes.

El portafolio está conformado por 1 caso clínico que será elegido el segundo o tercer día de rotación con Médico y es un trabajo individual.

I. Taller de medicina narrativa, incluir reflexión solicitada en taller.

- Bibliografía
- Carta firmada por parte del estudiante donde declara que la información en el Portafolio es fruto de su trabajo práctico e intelectual.
- Carta firmada por el paciente que autoriza a utilizar la información del Portafolio para fines académicos y de investigación asegurando confidencialidad y anonimato.
- Carta firmada por parte del estudiante donde autoriza la utilización del portafolio para fines académicos o de investigación asegurando confidencialidad y anonimato.

Anexo 3. Consentimiento informado para uso en investigación para estudiante

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIANTE

SOBRE PORTAFOLIO DE MEDICINA

Curso: _____

Año: _____

Nombre del Estudiante: _____

El Portafolio representa una instancia de auto aprendizaje muy potente y recomendada en educación médica. Para poder actualizar, revisar e implementar esta metodología y la estructura del mismo portafolio, puede ser que los datos contenidos en su Portafolio se utilicen para análisis por parte del equipo docente o para trabajos de investigación. Siéntase con absoluta libertad para aclarar cualquier duda sobre la utilización de los datos.

En ningún momento se podrá identificar la identidad del autor. Los datos del portafolio son privados por lo que no se utilizara su nombre y/o RUT, u otro elemento que permita su identificación.

Si usted permite la utilización de los datos contenidos en su Portafolio firme este consentimiento para guardar el registro.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos registrados en el portafolio pueden ser publicados o difundidos con fines de investigación. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Firma del estudiante

Fecha

Firma del docente

Fecha

Anexo 4. Carta de autorización al uso de información de portafolios de coordinación de la rotación de APS

Santiago de Chile, 25-02-2025

Paula Martens V.

RUT: 15.563.428-6

A quien corresponda,

Por medio de la presente, en mi calidad de coordinadora de la rotación práctica de Atención Primaria en Salud realizada durante cuarto año de medicina, autorizo el uso de la información proveniente del trabajo de portafolio de los estudiantes de cuarto año de medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo, para el desarrollo del trabajo de investigación titulado *Análisis cualitativo de perspectivas sobre el profesionalismo médico de estudiantes de cuarto año de medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo* cuyo autor e investigador es Gonzalo González Ruiz, RUT 17601983-2.

La autorización concedida se otorga con la condición de que la información sea utilizada exclusivamente con fines de investigación, garantizando la confidencialidad y anonimato de los participantes, de acuerdo con las normativas éticas y de protección de datos vigentes.

Sin otro particular, quedo atenta a cualquier consulta adicional.

Atentamente,

Paula Martens V.

Coordinadora del curso de Atención Primaria en Salud, cuarto año de medicina.
Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo

Firma:



Anexo 5. Acta de aprobación del Comité Ético Científico (CEC)

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
FACULTAD DE MEDICINA
CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO
UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO



ACTA DE APROBACIÓN 2025-66

Fecha: Santiago, 18 de agosto 2025

Protocolo: "Análisis cualitativo de perspectivas sobre el profesionalismo médico de estudiantes de cuarto año de medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago — Universidad del Desarrollo".

Investigador Responsable: Gonzalo Ignacio González Ruiz

Institución: Facultad de Medicina

Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

Los siguientes documentos han sido analizados a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos que involucra sujetos humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

1. Solicitud de revisión
2. Protocolo del Proyecto
3. Resumen ejecutivo
4. Consentimiento informado
5. Certificados de Buenas prácticas clínicas
6. Cv Investigadores
7. Carta de compromiso IR
8. Declaración de conflictos de intereses

Para otorgar la presente Acta de Aprobación, se consideraron los siguientes aspectos éticos:

1.- Valor social: el proyecto tiene valor social ya que el objetivo principal de este estudio es investigar las percepciones sobre Profesionalismo Médico de los estudiantes de cuarto año de medicina de la FM CAS-UDD con el propósito de obtener información nueva, aportando a la escasa literatura local (chilena y latinoamericana) relacionada al tema.

2.- Validez Científica: diseño adecuado para responder pregunta de investigación.

3.- Evaluación riesgo/beneficio: favorable, riesgos mínimos.

4.- Conflictos de intereses: no se evidencian.

5.- Consentimiento informado: Adecuado, completo y comprensible.

Facultad de Medicina UDD | Clínica Alemana de Santiago. Mail ceccasudd@udd.cl



6.- Protección de los derechos de los participantes: adecuada, se resguarda la confidencialidad y voluntariedad.

Basándose en lo antedicho, el Comité de Ética considera que el estudio está bien justificado, que no hay objeciones éticas para la realización del estudio propuesto y por ende, otorga su aprobación, la que estará vigente mientras el proyecto esté en curso.

El Comité solicita que el investigador:

- Para nuevas correspondencias referentes a este proyecto, se le solicita utilizar el número **2025-66**
- Cualquier modificación debe ser reportada al Comité a través de una solicitud de aprobación de enmienda.
- El Comité requiere que el investigador responsable envíe informes anuales reportando los avances del proyecto.
- Una vez finalizado el proyecto, el Comité deberá ser informado de los resultados del estudio.


Digitally signed by MARCIAL ENRIQUE OSORIO FUENZALIDA
DN: cn=Osorio, o=FM-Metropolitana, ou=Santiago, ou=Digital, ou=Digital, cn=MARCIAL ENRIQUE OSORIO FUENZALIDA,
email=marcialosorio@udd.cl
Reason: Sign CEDULA:6618276-2 - c2868-7859259
Location: Digital App
Date: 18.08.2025 13:19:31 -0400

Dr. Marcial Osorio
Presidente
Comité Ético Científico



Anexo 6. Extracto de muestra de la Bitácora Reflexiva del Investigador

A continuación, se muestra un extracto de la Bitácora Reflexiva del Investigador. Esta refleja el proceso de interpretación reflexiva del investigador, transparentando las decisiones de codificación.

E4 – P2

Esta respuesta está enfocada en la persona y su contexto, esto último una novedad en lo que se ha leído hasta ahora. Se presenta con fuerza la idea de la humanización de la atención (*mirando al paciente a los ojos y llegando a conocer al paciente un poco más allá de la enfermedad o mirar a los ojos, preguntar “¿cómo está?” antes que “¿por qué viene?”*). Se describe una atención centrada en la paciente con un enfoque biopsicosocial para el logro de una atención integral.

Por otro lado, destaca la consideración contextual del profesional en esta respuesta. Desde ahí surgen nuevos códigos, como “adaptabilidad” para la individualización de la atención al paciente. Además, la descripción considera una entidad más allá del paciente, incluyendo el compromiso con la comunidad. Este giro introduce un compromiso colectivo y una responsabilidad social (siendo este último bajo el término en el cual se codifica este evento). Finalmente, se destaca el acompañamiento del médico desde la esfera emocional y terapéutica, incluyendo al paciente en la toma de decisiones relacionadas con su salud.

Códigos nuevos (3):

- Responsabilidad social
- Decisiones compartidas con el paciente
- Adaptabilidad

E5 – P2

En esta respuesta se encuentran disposiciones relacionales, virtudes del carácter y competencias técnicas. Abarca diferentes dimensiones del profesionalismo. Se mantienen códigos ya presentes en P1: comunicación efectiva, empatía, respeto y compromiso profesional. Se refuerza la importancia relacional con la red de colaboradores pares, la formación continua como vehículo para una atención de calidad y el manejo desde un enfoque biopsicosocial y espiritual. En frases como “ver distintas aristas dentro del área profesional, personal y del paciente” logró identificar la mirada integral en la atención hacia el paciente. Sin embargo, en la codificación de esta frase tuve dificultades para entender a que se refiere a “ver distintas aristas dentro de área profesional, personal...”. Dado que la interpretación de esta parte queda en duda, no se codifica específicamente.

En cuanto a códigos nuevos, se agrega “Integridad” (del profesional) como coherencia y rectitud (“una persona en la que se puede confiar”). Por otro lado, se suma el código “Benevolencia”, que se distingue del código “Principio de Beneficencia” y alude a una disposición afectiva que conforma del profesional, de carácter estable.

Códigos nuevos registrados (2):

- Integridad
- Benevolencia

E6 – P2

El énfasis normativo descrito en P1 persiste en esta respuesta por parte de E6. A diferencia de la respuesta en P1, en esta granulan elementos que conforman al profesional, en conductas y virtudes.

Se describe un profesional que sabe dibujar los límites de su rol y subordinar sus intereses a criterios éticos (“actúa según la ética y no según intereses personales”). En esta frase se incorpora el código “Evitación de conflicto de intereses” por su especificidad y no encontrar otro que acoja el matiz expresado (u otros que, compuestos, puedan recoger lo que creo que el paciente busca transmitir).

Se destaca un enfoque centrado en el paciente más allá de su enfermedad, sugiriendo un enfoque biopsicosocial y espiritual de la atención. Por otro lado, dentro de los atributos de profesional, se repite la escucha activa, la preocupación por el paciente, la prudencia y, como código nuevo, la templanza.

Códigos nuevos registrados (2):

- Templanza: al momento de codificar bajo esta etiqueta, estaba en la duda de dejarlo bajo autocontrol emocional del profesional. Deje este último para el control afectivo del profesional y la templanza para el control de impulsos.
- Evitación de conflicto de intereses.

Observaciones adicionales:

Percibo que se han ido mencionando la mayoría de los elementos mencionados en descriptores canónicos de profesionalismo. A la rápida, me pareciera que aún faltan descriptores de la relación del profesional con el sistema de salud o el rol de liderazgo. Esto puede no aparecer, y podría ser explicado por que el estudiante a este nivel aún no participa activamente en la toma de decisiones y/o de la atención de pacientes en campo clínico.

Anexo 7. Matrices

En esta sección de anexos se encuentran las matrices de datos utilizadas en este trabajo (Anexos A, B, C, D, E, F, G y H). Estas matrices de datos fueron extraídas de NVivo y modificadas en Microsoft Excel para mostrar totales.

Anexo A. Matriz de palabras por pregunta y estudiante

Pregunta	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	Total de palabras
1 : P1 - Definición	83	14	123	312	59	34	53	66	55	117	58	26	39	1039
2 : P2 - Ejemplo	88	46	65	139	69	78	35	155	113	117	23	33	71	1032
3 : P3 - Experiencia	161	57	98	212	106	67	75	259	151	121	36	45	137	1525
Total por estudiante	332	117	286	663	234	179	163	480	319	355	117	104	247	3596

Anexo B. Códigos temáticos por caso — Amplitud (orden predeterminado por NVivo)

“Amplitud” describe cual es la cantidad de archivos/casos/participantes en los cuales el código está presente.

Código / Ítem	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	AMPLITUD
1 : Atención centrada en el paciente	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
2 : Atención integral	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	10
3 : Humanización de la atención	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	9
4 : Respeto por el paciente	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	10
5 : Compromiso con el bienestar del paciente	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	9
6 : Preocupación por el paciente	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	9
7 : Acompañamiento terapéutico	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5
8 : Respeto por la dignidad de la persona	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	6
9 : Cuidado emocional del paciente	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	5
10 : Rechazo al paternalismo	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
11 : Aceptación incondicional	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1

12 : Cordialidad hacia el paciente	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
13 : Responsabilidad profesional	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8
14 : Ética del cuidado	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	7
15 : Compromiso profesional	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	4
16 : Responsabilidad formativa	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	8
17 : Compromiso con el otro	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3
18 : Ética profesional	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	8
19 : Cumplimiento normativo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
20 : Principios éticos médicos	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
21 : Responsabilidad hacia los pacientes	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3
22 : Ética de la responsabilidad	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3
23 : Fiabilidad profesional	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
24 : Primacía del paciente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
25 : Evitación conflicto de intereses	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
26 : Principio de beneficencia	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2

27 : Responsabilidad hacia los pares	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
28 : Disciplina laboral	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
29 : Equidad en la atención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
30 : Responsabilidad social	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
31 : Práctica orientada a los fines de la medicina	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
32 : Empatía	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	11
33 : Prudencia	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	7
34 : Virtudes profesionales	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	8
35 : Disposición ética del profesional	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	5
36 : Honestidad profesional	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	3
37 : Humildad epistémica	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	3
38 : Integridad	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
39 : Benevolencia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
40 : Compasión	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
41 : Conducta profesional ejemplar	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
42 : Templanza	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
43 : Altruismo profesional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

44 : Humildad profesional	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
45 : Mente abierta	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
46 : Sabiduría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
47 : Vocación profesional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
48 : Comunicación efectiva	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	9
49 : Escucha activa	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	8
50 : Vínculo médico-paciente	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	6
51 : Decisiones compartidas con el paciente	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	4
52 : Autonomía del paciente	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	5
53 : Adaptabilidad	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	4
54 : Confidencialidad	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	4
55 : Dimensión educativa del médico	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3
56 : Relación médico-paciente equilibrada	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
57 : Relación médico-paciente ampliada	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
58 : Responsabilidad emocional	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
59 : Confianza	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1

médico-paciente														
60 : Competencias técnicas	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
61 : Juicio clínico	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	5
62 : Equilibrio técnico-humano	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	4
63 : Excelencia profesional	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3
64 : Pensamiento crítico	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
65 : Trabajo en equipo	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	6
66 : Solidaridad entre pares	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
67 : Respeto a los pares	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	3
68 : Apoyo emocional entre pares	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
69 : Confianza entre pares	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
70 : Interdisciplina	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
71 : Autocuidado profesional	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	5
72 : Conciencia de límites personales	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	5
73 : Control emocional del profesional	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4
74 : Distancia profesional adecuada	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

75 : Vulnerabilidad profesional	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3
76 : Salud física del profesional	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
77 : Salud mental del profesional	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Anexo C. Códigos experienciales por caso (P3) — Amplitud (orden predeterminado por NVivo)

“Amplitud” describe cual es la cantidad de archivos/casos/participantes en los cuales el código está presente. En este caso, los nodos “Actor”, “Contexto”, “Metodología”, “Tipo de caso”, “Formación teórica” y “Trayectoria del estudiante” son carpetas de organización que contienen a los códigos descendientes. En esta tabla, estas carpetas/nodos padre no consideran los valores de los códigos hijo.

Código / Ítem	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	AMPLITUD TOTAL
1 : Actor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 : Docente de aula (teoría)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
3 : Docente de taller (comunicación u otros)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
4 : Equipo de salud	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	3
5 : Paciente - familia	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	7
6 : Tutor clínico	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	6
7 : Contexto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8 : Formación teórica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9 : Clases teóricas (general)	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3
10 : Curso de Bioética	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
11 : Taller de	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1

comunicación														
12 : Práctica clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13 : CESFAM - APS	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
14 : Hospital	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	5
15 : Medicina interna (rotación)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
16 : Urología (rotación)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
17 : Práctica clínica (general)	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	6
18 : Trayectoria del estudiante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19 : Formación intermedia (4°)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
20 : Formación temprana (2°)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
21 : Trayectoria del estudiante (general)	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
22 : Metodología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23 : Aplicación de principios bioéticos	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1

24 : Curso o clase teórica	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3
25 : Curso o seminario de Bioética	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3
26 : Docencia a pie de cama	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3
27 : Entrenamiento estructurado en comunicación	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
28 : Entrevista clínica - escucha narrativa	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	6
29 : Estudio guiado	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
30 : Exposición clínica	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
31 : Modelamiento de rol	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	8
32 : Observación directa	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	4
33 : Participación progresiva	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
34 : Práctica supervisada - entrenamiento técnico	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	9
35 : Reflexión crítica - aprendizaje	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	4

por contraste														
36 : Reflexión guiada - debriefing	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
37 : Shadowing - mentoría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
38 : Síntesis - integración	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
39 : Testimonio - feedback del paciente	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
40 : Tipo de caso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41 : Casos complejos	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
42 : Comunicac ión clínica - entrevista	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	7
43 : Educación al paciente - inclusión comunicati va	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
44 : Fin de vida	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
45 : Seguimient o de paciente	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3

Anexo D. Temas por caso — Amplitud (orden predeterminado por NVivo)

“Amplitud” describe cual es la cantidad de archivos/casos/participantes en los cuales el código está presente.

Código / Ítem	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	AMPLITUD
1 : Autocuidado, límites y emociones del profesional	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	8
2 : Trabajo en equipo e interdisciplina	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	7
3 : Competencia y juicio clínico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
4 : Relación clínica y comunicación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
5 : Virtudes e identidad profesional	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
6 : Responsabilidad y ética aplicada	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
7 : Humanización y atención centrada	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13

Anexo E. Temas por caso — Palabras (orden predeterminado por NVivo)

La cantidad de palabras codificadas para cada tema. Los temas pueden codificar mismos fragmentos, por lo tanto la sumatoria de palabras no es igual al total de palabras del *corpus*.

Código / Ítem	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	TOTAL PALABRAS
1 : Autocuidado, límites y emociones del profesional	49	23	34	68	0	20	0	103	30	58	0	0	0	385
2 : Trabajo en equipo e interdisciplina	0	0	8	117	19	0	0	46	30	173	0	46	0	439
3 : Competencia y juicio clínico	120	14	16	19	20	42	29	178	80	70	10	20	28	646
4 : Relación clínica y comunicación	87	27	55	276	110	25	31	254	75	121	22	12	115	1210
5 : Virtudes e identidad profesional	185	37	109	173	160	24	34	224	62	260	37	41	90	1436
6 : Responsabilidad y ética aplicada	80	28	44	202	141	111	77	242	162	57	91	25	9	1269
7 : Humanización y atención centrada	208	32	179	297	169	77	73	249	198	175	83	22	118	1880

Anexo F. Co-existencias códigos temáticos con experienciales por tema

A continuación, se podrán observar la interacción de los códigos de cada tema con los códigos experienciales. Los números representan cuántas veces coexisten en diferentes textos. Por ejemplo, si el cuadro muestra “3”, nos indica que existen tres fragmentos/frases que fueron codificados con los dos códigos comparados. NVivo permite visualizar estos fragmentos, permitiendo rescatar, de manera fácil, matices experienciales para cada tema.

Autocuidado, límites y emociones del profesional con códigos experienciales (orden predeterminado por NVivo)

Código / Tema	AA : Tutor clínico	AB : Paciente - familia	AC : Equipo de salud	AD : Docente de taller (comunicación u otros)	AE : Docente de aula (teoría)	AF : Comunicación clínica - entrevistas	AG : Fin de vida	AH : seguimiento de paciente	AI : Casos complejos	AIJ : Educación al paciente - inclusión comunicativa	K : Exposición clínica	L : Participación progresiva	M : Reflexión guiada - debriefing	N : Aplicación de principios bioéticos	O : Estudio guiado	P : Shadowing - memoria	Q : Testimonio - feedback del paciente	R : Hospital	S : Práctica clínica (general)	T : CESPAM - AP9	U : Clases teóricas (general)	V : Taller de comunicación	W : Curso de Bioética	X : Formación temprana (2°)	Y : Trayectoria del estudiante (General)	Z : Formación Intermedia (4°)	AA : Tutor clínico	AB : Paciente - familia	AC : Equipo de salud	AD : Docente de taller (comunicación u otros)	AE : Docente de aula (teoría)	AF : Comunicación clínica - entrevistas	AG : Fin de vida	AH : seguimiento de paciente	AI : Casos complejos	AIJ : Educación al paciente - inclusión comunicativa	
1 : Autocuidado profesional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 : Conciencia de límites personales	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
3 : Control emocional del profesional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4 : Distancia profesional adecuada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5 : Vulnerabilidad profesional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6 : Salud física del profesional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7 : Salud mental del profesional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Humanización y atención centrada en el paciente con códigos experienciales (orden predeterminado por NVivo)

Código / Tema	AJ : Educación al paciente - inclusión comunicativa	AI : Casos complejos	AH : Seguimiento de paciente	AC : Fin de vida	AP : Comunicación clínica - entrevistas	AE : Docente de sala (teoría)	AD : Docente de taller (comunicación u otros)	AC : Equipo de salud	AB : Paciente - familia	AA : Tutor clínico	Z : Formación Intermedia (4º)	Y : Trayectoria del estudiante (general)	X : Formación temprana (2º)	W : Curso de Bioética	V : Taller de comunicación	U : Clases teóricas (general)	T : CESPAM - APS	S : Práctica clínica (general)	R : Hospital	Q : Testimonio - feedback del paciente	P : Shadowing - mentoría	O : Estudio guiado	N : Aplicación de principios bioéticos	M : Reflexión guiada - debriefing	L : Participación progresiva	K : Exposición clínica	J : Entrenamiento estructurado en comunicación	I : Curso o seminario de Bioética	H : Síntesis - Integración	G : Reflexión crítica - aprendizaje por contraste	F : Observación directa	E : Docencia a pie de cama	D : Curso o clase teórica	C : Entrevista clínica - escucha narrativa	B : Prácticas supervisada - entrenamiento escrito	A : Modelamiento de rol				
1 : Atención centrada en el paciente	0	0	1	1	1	0	1	0	1	2	0	0	0	1	1	1	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1		
2 : Atención integral	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3 : Humanización de la atención	0	0	0	0	3	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4 : Respeto por el paciente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5 : Compromiso con el bienestar del paciente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6 : Preocupación por el paciente	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7 : Acompañamiento terapéutico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8 : Respeto por la dignidad de la persona	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
9 : Cuidado emocional del paciente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 : Rechazo al paternalismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 : Aceptación incondicional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 : Cordialidad hacia el paciente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Relación clínica y comunicación con códigos experienciales (orden predeterminado por NVivo)

	AJ : Educación al paciente - motivación comunicativa	AJ : Casos complejos	AJ : Seguimiento de paciente	AJ : Fin de vida	AJ : Comunicación clínica - interventiva	AJ : Docente de aula (benéfico)	AJ : Docente de taller (comunicación u otros)	AK : Equipo de salud	AK : Paciente - familia	AK : Taller clínico	Z : Formación Intermedia (4*)	T : Terceridad del estudiante (general)	K : Formación temprana (2*)	M : Curso de Bioética	V : Taller de comunicación	U : Clases teóricas (general)	T : CESIAM - APS	S : Práctica clínica (general)	H : Hospital	Q : Tratamiento - feedback del paciente	P : Shadowing - mentoría	O : Estudio guiado	N : Aplicación de principios bioéticos	M : Reflexión guiada - debriefing	L : Participación propositiva	K : Exposición clínica	J : Entrenamiento estructurado en comunicación bioética	I : Caso o seminario de bioética	H : Simulacros - integración	G : Reflexión crítica - aprendizaje por consenso	F : Observación directa	E : Docencia a pta de curso	D : Curso e clase teórica	C : Entrevista clínica - escucha activa	B : Práctica supervisada - entrenamiento Normo	A : Modelamiento de rol	Código / Item	
1 : Comunicación efectiva	2	1	1	0	4	0	2	1	4	4	0	0	0	0	2	0	0	0	5	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	4	0	2	2	0	2	5	
2 : Escucha activa	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
3 : Vínculo médico-paciente	0	0	1	0	0	0	0	0	6	6	1	0	1	0	0	0	0	3	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	
4 : Decisiones compartidas con el paciente	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
5 : Autonomía del paciente	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2		
6 : Adaptabilidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7 : Confidencialidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
8 : Dimensión educativa del médico	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
9 : Relación médico-paciente equilibrada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
10 : Relación médico-paciente ampliada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
11 : Responsabilidad emocional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
12 : Confianza médico-paciente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Virtudes e identidad profesional con códigos experienciales (orden predeterminado por NVivo)

Código / Item	AJ	AI	AG	AF	AE	AD	AC	AB	AA	Z	V	X	W	U	T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A
1 : Empatía	0	3	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 : Prudencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 : Virtudes profesionales	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4 : Disposición ética del profesional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 : Honestidad profesional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6 : Humildad epistémica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 : Integridad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8 : Benevolencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9 : Compasión	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 : Conducta profesional ejemplar	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 : Templanza	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 : Altruismo profesional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13 : Humildad profesional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14 : Mente abierta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 : Sabiduría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 : Vocación profesional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Anexo G. “Primero en”: posición de aparición de un código por primera vez en el análisis

En este anexo, se puede seguir — de manera retrospectiva — la aparición de cada código a través del proceso analítico. En los primeros pasos (P1 y las respuestas de los primeros estudiantes), se puede observar la mayor concentración de códigos nuevos. Esto permite visualizar la saturación de códigos (no necesariamente la saturación de significado).

Código nuevo	Paso en que aparece por primera vez
Compromiso con el bienestar del paciente	E1-P1
Control emocional del profesional	E1-P1
Distancia profesional adecuada	E1-P1
Empatía	E1-P1
Humanización de la atención	E1-P1
Juicio clínico	E1-P1
Principio de beneficencia	E1-P1
Prudencia	E1-P1
Relación médico-paciente equilibrada	E1-P1
Competencias técnicas	E2-P1
Virtudes profesionales	E2-P1
Ética profesional	E2-P1
Atención centrada en el paciente	E3-P1
Atención integral	E3-P1
Confidencialidad	E3-P1
Respeto por el paciente	E3-P1
Acompañamiento terapéutico	E4-P1

Apoyo emocional entre pares	E4-P1
Autocuidado profesional	E4-P1
Compromiso con el otro	E4-P1
Compromiso profesional	E4-P1
Confianza entre pares	E4-P1
Disciplina laboral	E4-P1
Disposición ética del profesional	E4-P1
Escucha activa	E4-P1
Fiabilidad profesional	E4-P1
Relación médico-paciente ampliada	E4-P1
Responsabilidad emocional	E4-P1
Responsabilidad hacia los pacientes	E4-P1
Responsabilidad hacia los pares	E4-P1
Responsabilidad profesional	E4-P1
Salud física del profesional	E4-P1
Salud mental del profesional	E4-P1
Solidaridad entre pares	E4-P1
Trabajo en equipo	E4-P1
Vulnerabilidad profesional	E4-P1
Ética de la responsabilidad	E4-P1
Ética del cuidado	E4-P1
Comunicación efectiva	E5-P1
Confianza médico-paciente	E5-P1
Mente abierta	E5-P1
Cumplimiento normativo	E6-P1
Principios éticos médicos	E6-P1

Autonomía del paciente	E7-P1
Excelencia profesional	E7-P1
Honestidad profesional	E7-P1
Rechazo al paternalismo	E7-P1
Vínculo médico-paciente	E7-P1
Conducta profesional ejemplar	E8-P1
Cuidado emocional del paciente	E9-P1
Equilibrio técnico-humano	E9-P1
Altruismo profesional	E10-P1
Conciencia de límites personales	E10-P1
Humildad epistémica	E10-P1
Responsabilidad formativa	E10-P1
Sabiduría	E10-P1
Vocación profesional	E10-P1
Primacía del paciente	E11-P1
Respeto por la dignidad de la persona	E11-P1
Equidad en la atención	E12-P1
Respeto a los pares	E12-P1
Preocupación por el paciente	E1-P2
Cordialidad hacia el paciente	E2-P2
Interdisciplina	E3-P2
Adaptabilidad	E4-P2
Decisiones compartidas con el paciente	E4-P2
Responsabilidad social	E4-P2
Benevolencia	E5-P2
Integridad	E5-P2
Evitación conflicto de intereses	E6-P2

Templanza	E6-P2
Compasión	E1-P3
Dimensión educativa del médico	E4-P3
Humildad profesional	E5-P3
Práctica orientada a los fines de la medicina	E6-P3
Aceptación incondicional	E8-P3
Pensamiento crítico	E9-P3

Anexo H. Saturación: evolución de saturación por pasos de análisis

En esta tabla, se puede ver numéricamente lo mostrado en el Anexo G. Esta tabla permite la generación visual de la curva de saturación, que sirve de complemento a la interpretación de saturación del investigador planteada en la sección de resultados de este trabajo.

Paso de análisis	Estudiante	Códigos nuevos	Códigos totales acumulados	% Saturación
P1	E1	9	9	11.69
	E2	3	12	15.58
	E3	4	16	20.78
	E4	22	38	49.35
	E5	3	41	53.25
	E6	2	43	55.84
	E7	5	48	62.34
	E8	1	49	63.64
	E9	2	51	66.23
	E10	6	57	74.03
	E11	2	59	76.62
	E12	2	61	79.22
	E13	0	61	79.22
P2	E1	1	62	80.52
	E2	1	63	81.82
	E3	1	64	83.12
	E4	3	67	87.01
	E5	2	69	89.61
	E6	2	71	92.21
	E7	0	71	92.21
	E8	0	71	92.21
	E9	0	71	92.21
	E10	0	71	92.21
	E11	0	71	92.21
	E12	0	71	92.21
	E13	0	71	92.21
P3	E1	1	72	93.51
	E2	0	72	93.51
	E3	0	72	93.51

	E4	1	73	94.81
	E5	1	74	96.1
	E6	1	75	97.4
	E7	0	75	97.4
	E8	1	76	98.7
	E9	1	77	100
	E10	0	77	100
	E11	0	77	100
	E12-P3	0	77	100
	E13-P3	0	77	100

Anexo 8. Listado de códigos final

Este es un extracto del listado de códigos que fue extraído de manera directa desde NVivo a través de exportación de los datos, sin modificaciones. A continuación se aprecia una tabla con cuatro columnas *Name* (Nombre; del código), *Description* (Descripción), *Files* (Archivos) y *References* (Referencias).

NVivo permite el registro de la descripción de cada código, lo cual no fue realizado en este programa. Para mantener la fidelidad del documento original, se decidió mantener la columna *Description* (Descripción), a pesar de que no tenga contenido.

Files (Archivos) describe cual es la cantidad de archivos/casos/participantes en los cuales el código está presente. En este trabajo se utiliza el término “Amplitud” de forma indistinta.

References (Referencias) describe cuántas veces aparece un código en todos los textos. Un código puede aparecer más de una vez en un archivo/caso/participante.

Codes\\Temáticos

Name	Description	Files	References
Autocuidado, límites y emociones del profesional		8	27
Autocuidado profesional		5	8
Conciencia de límites personales		5	7

Name	Description	Files	Referenc es
Control emocional del profesional		4	4
Distancia profesional adecuada		1	3
Salud física del profesional		1	1
Salud mental del profesional		1	1
Vulnerabilidad profesional		3	3
Competencia y juicio clínico		13	37
Competencias técnicas		12	22
Equilibrio técnico-humano		4	4
Excelencia profesional		3	3
Juicio clínico		5	7
Pensamiento crítico		1	1
Humanización y atención centrada		13	163
Aceptación incondicional		1	1
Acompañamiento terapéutico		5	11
Atención centrada en el paciente		12	32

Name	Description	Files	Referenc es
Atención integral		10	30
Compromiso con el bienestar del paciente		9	13
Cordialidad hacia el paciente		1	1
Cuidado emocional del paciente		5	7
Humanización de la atención		9	24
Preocupación por el paciente		9	12
Rechazo al paternalismo		2	2
Respeto por el paciente		10	19
Respeto por la dignidad de la persona		6	11
Relación clínica y comunicación		13	76
Adaptabilidad		4	4
Autonomía del paciente		5	6
Comunicación efectiva		9	18
Confianza médico-paciente		1	1