

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento De Sociología Y Estudios De Género

Convocatoria 2019 - 2021

Tesis para obtener el título de Maestría De Investigación En Sociología

MÁS ALLÁ DEL RECONOCIMIENTO ACADÉMICO: UN ANÁLISIS DE LAS
RESIDENCIAS MÉDICAS EN EL ECUADOR

Molina Ramón José Arturo

Asesor: Chiasson - Lebel Thomas Grégoire

Lectores: Espinosa Quintana Betty Argentina, Bedoya Vaca Rita Del Carmen

Quito, septiembre de 2024

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi padre, que partió prematuramente sin poder observar que concluí un hito personal, a pesar de todas las adversidades que se presentaron en el camino.

A mi madre, que sin su decisión de apoyarme en todas las etapas de mi formación profesional no hubiera podido concluir satisfactoriamente.

A Nancy, sin la presencia de ella, mi vida habría sido menos interesante y este trabajo de investigación probablemente nunca habría llegado a buen término.

A todos los médicos posgradistas, de las diferentes especialidades de médicas, que fueron primera línea en la pandemia del Covid-19, sobre quienes recayó el peso de mantener con vida a los pacientes casi sin recursos.

A mis hijas Victoria y María José que me enseñaron el sentido de las tareas del cuidado, que me han permitido repensar mi masculinidad y a las cuales les debo las ganas de seguir aprendiendo.

Índice de contenidos

Dedicatoria.....	2
Índice de contenidos	3
Lista de ilustraciones.....	6
Declaración de cesión de derechos	8
Resumen.....	9
Agradecimientos	10
Introducción	11
Metodología	13
Estructura capitular	14
Capítulo 1. Contexto.....	17
1.1. Introducción	17
1.2. Breve arqueología del oficio de médico.....	17
1.3. Del proceso formativo al oficio de médico	24
1.4. Pasantías, prácticas preprofesionales, práctica clínica o residencia médica	26
1.5. El modelo formativo de las especialidades médicas en el Ecuador	29
1.6. Los profesionales médicos en la actualidad	31
1.7. La indignación de los médicos de posgrado.....	37
1.7.1. Becarios y autofinanciado: la identidad formada, las redes de cooperación y el repertorio de lucha.....	40
1.7.2. Me gusta, no me gusta, las reacciones como síntoma de disputa del sentido....	41
1.7.3. Las publicaciones académicas llevan el debate a la esfera pública, se forma el contrapúblico contestatario.....	42
1.7.4. Negociación y disputa: la lucha por los derechos de los médicos de posgrado.	43
Capítulo 2. Marco teórico	44
2.1. Introducción	44

2.2.	De la sociología de la práctica médica autoritaria y algo más	44
2.3.	La institución, el poder disciplinario y el yo	46
2.4.	Las tecnologías del yo y las formas de intervención del cuerpo y el performance...49	
2.5.	Las tecnologías del yo y la identidad del individuo	51
2.6.	Representación del yo, el <i>frame</i>	53
2.7.	El trasfondo escénico, <i>backstage</i> , el campo y el <i>habitus</i> médico	56
2.8.	Campo, <i>habitus</i> y capital cultural.....	57
2.9.	El campo, <i>habitus</i> y capital médico	60
Capítulo 3. El <i>habitus</i> médico en el campo de las residencias médicas		62
3.1.	Introducción	62
3.2.	Disposición de la relación asistencial-docente.....	62
3.3.	La expectativa de capital cultural y económico: reconocimiento académico y retribución económica.....	69
3.4.	El deber ser: las formas depuradas de coacción, entre la realización profesional, las becas y el tiempo perdido.....	72
3.5.	Elitismo: palancas, familia y segregación	75
3.6.	La jerarquía y la Escuela del Maltrato	78
Capítulo 4. Los patrones de interacción, la interacción cara a cara en las residencias médicas.....		82
4.1.	Introducción	82
4.2.	De la transición: de la teoría de campo a la interacción cara a cara.....	82
4.3.	Escenario: la residencia médica y el emplazamiento de la Sala de Emergencias	83
4.4.	La puesta en escena: los eventos del <i>habitus</i> médicos en juego	85
4.4.1.	Relación asistencial- docente un vinculo estratégico para formar profesionales médicos más demandas de atención en salud	86
4.4.2.	Relación asistencial-docente y larelación laboral encubierta	87

4.4.3. Prohibiciones y precariedades: desafíos de la relación asistencial-docente en la formación médica	88
4.4.4. Redefiniendo el éxito médico: entre aspiraciones económicas y reconocimiento académico	88
4.4.5. La moneda del éxito: reconocimiento académico como capital cultural y social en la medicina.....	90
4.4.6. Tensión y agotamiento: la asociación entre esfuerzo extremo y reconocimiento académico en la práctica médica	90
4.4.7. Equilibrio precario: coacción extraeconómica y la búsqueda de la realización profesional en médicos posgradistas	92
4.4.8. Realización profesional y competitividad en acceso a residencias médicas: impacto en la valoración del médico general en el campo médico	94
4.4.9. Tensiones financieras y coacciones en residencias médicas: impacto en la permanencia y futuro de los médicos posgradistas	95
4.4.10. Elitismo en relación a la competitividad	97
4.4.11. El rol de las conexiones familiares y las palancas en el acceso profesional: elitismo y desigualdad en la medicina posgradista.....	98
4.4.12. Privilegio de elite: trabajo sin remuneración en el posgrado	99
4.4.13. Estructuras jerárquicas en el entorno médico: reconocimiento académico y superioridad profesional en disputa.....	101
4.4.14. Residencias médicas: entre jerarquía, maltrato y dramaturgia en la práctica hospitalaria.....	102
4.5. De la institución total, <i>frame</i> , <i>performance</i> y estigmatización en la residencia médica	105
Conclusiones	107
Referencias.....	111

Lista de ilustraciones

Figuras

Figura 4.1. Representación de la sala de emergencias por un médico posgradista84

Gráficos

Gráfico 1.1. Número de establecimiento de salud por sector31

Gráfico 1.2. Cantidad y distribución de personal sanitario que trabajan en establecimientos de salud33

Gráfico 1.3. Evolución del número total de médicos por año. Serie histórica 2014-201834

Gráfico 1.4. Número de médicos distribuidos por especialidad35

Mapas

Mapa 1.1. Distribución de Centros de Salud de Segundo y Tercer Nivel por Niveles de Concentración Geográfica32

Mapa 1.2. Distribución del total del personal sanitario por provincias33

Mapa 1.3. Distribución de Universidades con Facultad de Medicina35

Mapa 1.4. Mapa de Consultas por Morbilidad en la Región: Distribución y Concentración ..36

Mapa 1.5. Distribución de médicos de posgrado por provincia37

Tablas

Tabla 3.1. Reducción semántica o categorial de la relación asistencial-docente.....65

Tabla 3.2. Reducción semántica o categorial de la relación laboral encubierta66

Tabla 3.3. Reducción semántica o categorial de prohibición, dedicación, precariedad68

Tabla 3.4. Reducción semántica o categorial de retribución económica70

Tabla 3.5. Reducción semántica o categorial de reconocimiento académico71

Tabla 3.6. Reducción semántica o categorial de sobrexigencia y superioridad.....71

Tabla 3.7. Reducción semántica o categorial de coacción extraeconómica73

Tabla 3.8. Reducción semántica o categorial de realización profesional73

Tabla 3.9. Reducción semántica o categorial de coacción económica74

Tabla 3.10. Reducción semántica o categorial de elitismo y norma técnica75

Tabla 3.11. Reducción semántica o categorial de prohibición, dedicación, precariedad77

Tabla 3.12. Reducción semántica o categorial de darse un lujo77

Tabla 3.13. Reducción semántica o categorial de jerarquía.....	78
Tabla 3.14. Reducción semántica o categorial de escuela del maltrato.....	80

Declaración de cesión de derechos

Yo, José Arturo Molina Ramón, autor de la tesis titulada “Más allá del reconocimiento académico: Un análisis de las residencias médicas en el Ecuador” declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de maestría concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, septiembre de 2024

José Arturo Molina Ramón

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. A. Molina', written over a horizontal line.

Resumen

Entre el 2018 y el 2019, se registraron expresiones de indignación y agravio de los médicos posgradistas, y el fenómeno tuvo repercusión a nivel latinoamericano. En el Ecuador, se denunciaron regímenes de precariedad, discriminación y maltrato en general en las residencias médicas. Con el advenimiento de la pandemia de Covid-19 se observó con mayor claridad el deterioro de las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud y del medio hospitalario en general. Los médicos posgradistas encabezaron una serie de demandas frente a la situación de vulnerabilidad en que se encontraban en las residencias médicas.

De esa forma, la presente investigación realiza un análisis de las residencias médicas en el Ecuador. Se concentra en entender cómo afectan las residencias médicas a los posgradistas, para lo cual se propone identificar el proceso de subjetivación, de tal forma que se describe tanto al campo de las residencias médicas y el *habitus* específico. Asimismo, se propone identificar en la interacción cara a cara, en el escenario de la sala de emergencias la manifestación de las disposiciones o estructuras estructurantes.

El trabajo de investigación tiene un diseño descriptivo de corte transversal. Se toma como unidad de análisis a los médicos de posgrado del programa de Emergencias y Desastres de una universidad del Ecuador. Se desarrolla un enfoque metodológico cualitativo. Se aplican entre otras técnicas de recolección de datos: entrevistas semiestructuradas, grupos focales y observación participante.

Entre los resultados más destacados, se puede observar que es posible aplicar un registro del proceso de subjetivación en los médicos posgradistas. Asimismo, se identifica que existe un *habitus* específico del campo de las residencias médicas, que se puede registrar en un emplazamiento físico e intersubjetivo específico como la sala de emergencias. Por otro lado, las residencias médicas aparecen como un conjunto de elementos que se incorporan al médico posgradista, que modelan su actuación en el espacio hospitalario.

Palabras clave: residencia médica, posgradista, *habitus*, sala de emergencia, performance.

Agradecimientos

Quiero agradecer de forma especial a mi tutor Thomas Chiasson-LeBel. Phd., quien no solamente se preocupó del avance material de la tesis, sino que estuvo pendiente de mi evolución personal. Incluso, dejando de lado sus propias de actividades académicas.

También, a mis compañeros de posgrado, en especial a Paz Torreblanca, quien actuó como una verdadera amiga y maestra durante los momentos más duros del desarrollo de esta investigación. Asimismo, a Tamara Moncada quien me brindó su soporte académico y personal al momento de desarrollar la investigación.

Introducción

En el asiento de un autobús, Liliana se encuentra profundamente dormida, vistiendo su uniforme azul. Se despierta rápidamente y solicita su parada, ya que está en camino a Quito desde Manabí para realizar estudios de especialización médica. Liliana acaba de concluir un agotador turno de 24 horas en el hospital.

Al llegar a casa a la hora del almuerzo, Liliana se apresura a preparar algo de comida para su hija y para ella. En apenas un par de horas, debe dirigirse a la universidad para asistir a clases relacionadas con su especialidad. Deja a su hija, de tan solo 4 años, al cuidado de una amable vecina, con la esperanza de regresar antes de las 8 de la noche para poder ponerla a dormir. Cada día, Liliana se comunica con sus padres y les solicita apoyo económico para poder sobrellevar sus responsabilidades.

Al parecer, es la vida de un estudiante que prematuramente se ha hecho de responsabilidades familiares. Sin embargo, Liliana tiene 28 años y apenas tiene experiencia laboral de un año. Luego del internado y el año de medicina rural, logró conseguir un puesto de médico general en un Hospital Básico. Ha optado por realizar una especialidad médica con la finalidad de asegurar una mejor remuneración que le permita cubrir sus necesidades y las de su hija.

Se presenta al concurso de méritos y oposición para ingresar al posgrado en Emergencias y Desastres de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Postula para obtener una de las 7 becas. Desafortunadamente, ha obtenido la décima mejor nota, lo que solo le permite ingresar en calidad de autofinanciada a la especialidad.

Una vez dentro del posgrado, se le asigna la primera rotación¹. Le da la bienvenida el Hospital. Solo para encontrarse con la obligación de trabajar más de 70 horas a la semana, realizando turnos de 24 horas cada cuarto día, sin opción de descanso en fines de semana ni feriados, encargada de actividades laborales distintas a la de su especialidad médica. Liliana es responsable de realizar actividades por las que un médico asistencial recibiría entre \$1200 a \$1600 al mes.

El poco tiempo que le resta, entre el hospital y la universidad, trata dedicarlo a su hija, lo que le deja extremadamente cansada. Siempre está con sueño. Intenta dormir en cualquier lugar

¹ Se refiere a la actividad médico-asistencial un determinado servicio en ambiente hospitalario, en donde se ponen en práctica los conocimientos teóricos y se refuerzas las habilidades psicomotoras, necesarias para la especialidad médica.

que pueda. Como consecuencia: tiene mala apariencia, llega con sueño al hospital, recibe reproches de los estudiantes de años superiores y de sus tutores médicos.

Según Heredia (2019), cada año se gradúan alrededor de 3400 médicos en las diferentes universidades del país. De este grupo de profesionales, menos del 10% acceden a posgrados de especialidades médicas. El proceso de admisión se ha vuelto altamente exclusivo. El camino para acceder a una especialidad médica resulta sinuoso: mientras más edad tiene un médico general más difícil es la admisión a un posgrado.

La realidad a la que se enfrentan difiere de lo que se les ha prometido. Según la Resolución RPC-SO-02-No.006-2019, los estudiantes de una especialización médica deben dedicar un total de 84 horas semanales a prácticas asistenciales y actividades académicas. De este total, el 60% de las horas debe ser destinado a actividades asistenciales, lo que significa que más de 200 horas al mes deben ser realizadas en hospitales. Sin embargo, los estudiantes acaban dedicando más de 50 horas a la semana a actividades no remuneradas.

Padecen de agotamiento crónico, depresión, hostigamiento laboral, entre otros factores (Agencias 2018). La depresión y el agotamiento entre los estudiantes de posgrado aparecen como la antesala del suicidio (Agencias 2018). Según Calvopiña y López (2017), aproximadamente el 12% de los estudiantes de posgrado en emergencia en Quito muestran propensión al desgaste profesional. Como resultado, experimentan un alto grado de despersonalización profesional, lo que implica una desmoralización y devaluación general de su trabajo (Calvopiña y López 2017).

La realidad que enfrentan los estudiantes de posgrado en especializaciones médicas es una problemática compartida en la mayoría de los países latinoamericanos. El año 2019 fue testigo de una ola de protestas en México y Argentina, evidenciando las precarias condiciones en las que laboran los profesionales de la salud en la región. En Argentina, la aprobación de extenuantes jornadas laborales superiores a las 60 horas semanales y las residencias sin compensación salarial llevaron a la paralización de hospitales en la ciudad de Buenos Aires (Lag, 2019). Al mismo tiempo, en Ecuador, estudiantes de posgrado realizaron protestas para denunciar el hostigamiento, el acoso profesional, las largas y agotadoras horas de trabajo, así como la carencia de remuneración por su labor (Ecuador Universitario, 2019). Estos sucesos resaltaron la necesidad apremiante de mejorar las condiciones laborales y académicas de estos estudiantes en el ámbito de la salud en toda la región latinoamericana.

La problemática en torno a las residencias médicas guarda estrecha relación con la forma en que las condiciones laborales moldean la experiencia de los médicos en formación. Este estudio busca abordar la pregunta central: ¿Cómo las características de la residencia médica afectan a los médicos de posgrado? Para lo cual, en primera instancia, se describe las características de las residencias médicas reveladas por las situaciones que se desarrollan en los espacios hospitalarios. Es decir, se realiza un abordaje contextual del fenómeno. Asimismo, se examina el orden de significados que da sentido a la residencia médica, extrayendo elementos que actúan en el proceso de subjetivación y estructuración. Por último, se describe el proceso de subjetivación, que se registra en la cotidianidad de los médicos de posgrados.

Metodología

La investigación tiene un diseño descriptivo, de corte transversal. Desarrolla un enfoque metodológico de carácter cualitativo. Se toma como estudio de caso al programa de Medicina en Emergencias y Desastres de una universidad.

Por un lado, las especialidades médicas pueden dividirse en tres ramas: quirúrgicas, clínicas y áreas críticas. Sin embargo, la realidad de las especialidades clínicas y quirúrgicas puede resumirse en las áreas críticas debido a que, en las áreas críticas, se aplican procedimientos quirúrgicos invasivos para estabilizar al paciente y se produce el análisis clínico de los casos. Las áreas críticas son terapia intensiva y el área de emergencias. Con ese criterio se escogió realizar la presente investigación en el área de emergencias.

Así para empezar, la investigación definió un marco analítico, que incorpora la teoría de campo de Bourdieu, parte de los planteamientos más destacados acerca de las tecnologías del yo y el disciplinamiento de Michel Foucault y la teoría del interaccionismo social de Erving Goffman. En ese sentido, se trabajó desde un enfoque fenomenológico y del análisis de discurso.

Para desarrollar la investigación se realizaron entrevistas semiestructuradas a 12 médicos posgradistas, pertenecientes al programa de posgrado en medicina de emergencias y desastres. Asimismo, se realizaron 3 grupos focales con la participación de 9 médicos posgradistas del mismo programa y 42 horas de registro de observación participante en 2 salas de emergencias en hospitales (público y privado) pertenecientes al programa de posgrado.

Además, se llevaron a cabo 2 talleres experimentales para aplicar la multimetodología autobiográfica extendida (MAE). Estos talleres proporcionaron una serie de elementos significativos que requieren de otros instrumentos de interpretación, aunque estos últimos no están dentro del alcance de la presente investigación. No obstante, algunas herramientas utilizadas en la metodología autobiográfica extendida, como los mapas psicogeográficos, complementaron la observación participante. Estos mapas resultaron útiles para comprender la representación espacial de la sala de emergencias y algunas interacciones sociales.

Como se anotó se realizaron entrevistas semiestructuradas que abordaron inicialmente las percepciones fenoménicas de la problemática abordada. Asimismo, se utilizó un diario de campo para registrar las interacciones, prácticas cotidianas, signos, símbolos. Con posterioridad, se codificarán las entrevistas semiestructuradas y el diario de campo mediante software Atlas.ti, procurando obtener palabras claves, patrones recurrentes, categorización, matrices, tendencias y conceptualizaciones.

Estructura capitular

Capítulo 1

El capítulo presenta el desarrollo de la problemática y sus elementos contextuales, se destaca aquellos temas sobre el objeto de estudio que no serán profundizados en la investigación. De esa manera, se presenta una revisión histórica del origen de las residencias médicas, se incluye supuestos teóricos que permitan trazar cierto paralelismo entre los términos *internships*, prácticas preprofesionales, pasantías, práctica clínica y residencia médica. Se continúa con los datos concretos de que dan origen a la problemática, se aborda la oferta y demanda de programas de posgrado en medicina, se incluye un análisis socioespacial de localización y asignación de la oferta académica nacional, para dar cuenta de la injusta distribución de recursos en el espacio.

Asimismo, se introduce un breve análisis del contenido legal que rigen los programas de posgrado en medicina, para desagregar las condiciones sobre las que se desarrollan las residencias médicas o la práctica clínica. Se incluyen datos concretos acerca de la cantidad de residentes o médicos de posgrado en el país, las unidades docentes asistenciales y otros datos relevantes. Por último, se describirá los procesos de movilización y protesta estudiantil de los

médicos de posgrado a nivel latinoamericano y ecuatoriano, que incluye una propuesta teórica de abordaje del fenómeno.

Capítulo 2

En el capítulo dos, se presenta el modelo analítico que se utiliza para realizar el estudio de las residencias médicas. En primer lugar, se hace una revisión de la propuesta teórica de la sociología de la práctica médica autoritaria desarrollada por Roberto Castro y Joaquín Erviti (2015), y se toma particular interés en la perspectiva bourdieuseana de los autores.

Por otra parte, se incorpora a la propuesta de Castro y Erviti (2015) una variante teórica, que profundiza la propuesta fenomenológica, desde el enfoque del interaccionismo social de Erving Goffman.

Capítulo 3

En este capítulo, se presenta la deconstrucción del *habitus* médico del campo de las residencias médicas, con la finalidad de describir las disposiciones que operan en el proceso de estructuración y subjetivación de los médicos posgradistas. En ese sentido, se han identificado esquemas genéricos, desde los sistemas de disposiciones, así como relaciones categoriales que han sido reducidas semánticamente.

Se trata de describir al conjunto de elementos que definen las estructuras estructurantes estructuradas o disposiciones, que produce en el ordenamiento de representaciones, percepciones y prácticas entre los médicos posgradistas. Particularmente, se presenta la relación asistencial docente, la expectativa de retribución económica y reconocimiento académico, las formas de coacción económicas y extraeconómica: la realización profesional, las becas y el tiempo perdido, el elitismo entendido como la segregación, palancas y familia; y, por último, la jerarquía y la escuela del maltrato.

Capítulo 4

En el capítulo 4, desde una perspectiva fenomenológica anclada en el interaccionismo social de Erving Goffman, se presenta el despliegue del conjunto de los elementos que componen las disposiciones, en un emplazamiento físico e intersubjetivo: la sala de emergencias.

En este capítulo, se presenta al *habitus* desde una puesta en práctica, que define el orden de interacción y las opciones de conducta de los médicos posgradistas. Así, como el *habitus* puede ser registrado en la interacción cara a cara, dado que las opciones de conducta o performances se refieren a un *frame* o marco de interpretación que está delimitado por el *habitus*.

Capítulo 1. Contexto

1.1. Introducción

En este capítulo se presentan algunos temas de contexto para situar la investigación que se llevará adelante en los siguientes capítulos. Para tal efecto, se aborda cómo se construye el oficio de médico en el Ecuador, juntando elementos históricos, para dar cuenta del proceso de estructuración de la profesión. Así también, en ese punto se señalará el proceso formativo por el cual una persona llega a convertirse en médico. A continuación, se definirá el modelo formativo de médicos especialistas, a partir del comentario de las normas que regulan los programas de especialidad. Posteriormente, se realizará un análisis de distribución de la oferta académica a nivel nacional, de acuerdo última información disponible por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018).

Por otra parte, se establecerá la distinción semántica entre los términos “pasantía” (*internship*), “práctica preprofesional”, “práctica clínica” y “residencia”, para poder definir un solo término que describa adecuadamente el objeto de investigación. En ese sentido, se realizará un recorrido histórico de la terminología y sus contrastes, de tal manera que se pueda arribar al uso semántico óptimo, que pueda dar cuenta de una significación adecuada del componente práctico en el proceso formativo de los médicos.

Por otro lado, para completar el contexto, se describirá la situación actual de algunos elementos relevantes de la Red Integral de Salud y los profesionales médicos en el Ecuador. Se abordará elementos como infraestructura de salud, situación contractual, condiciones laborales, etc. Se completará con un análisis de distribución espacial, que permita observar procesos de concentración y agrupamiento.

Por último, se describirán el proceso organizativo y de lucha de los médicos de posgrado, que empezaron a manifestar indignación y agravio contra las residencias médicas.

1.2. Breve arqueología del oficio de médico

El método empleado para este análisis histórico se basa en la revisión y síntesis de fuentes bibliográficas y análisis comparativo de distintos autores que han investigado y escrito sobre la evolución de la profesión médica en Ecuador. Se destaca la consulta de obras y

publicaciones de autores como Paredes Borja (1963), Hermida Piedra (1979), Gualberto Arcos (1982), Monteros Valdivieso (1983), Yépez Villalba (1979), entre otros.

Se utilizó un enfoque historiográfico para identificar las diferentes corrientes de pensamiento y periodizaciones propuestas por estos autores, lo que permitió comprender cómo han evolucionado las concepciones sobre la medicina en Ecuador a lo largo del tiempo. Se llevó a cabo un análisis crítico y comparativo de las ideas y periodizaciones presentadas por estos autores para entender las diferentes influencias, etapas y cambios significativos que han marcado la historia de la medicina en el país.

Además, para organizar la información presentada por los diferentes autores en un marco cronológico coherente, se empleó un método de organización que permitió identificar las principales etapas y transformaciones que han dado forma al oficio de médico en Ecuador desde la época precolombina hasta la actualidad.

Este análisis historiográfico se basó en la integración y síntesis de diferentes perspectivas académicas y fuentes de información para proporcionar una visión comprensiva y estructurada de la construcción del oficio de médico en el contexto ecuatoriano.

En ese sentido, autores como Paredes Borja (1963) señalan que la construcción del oficio médico puede ser rastreado desde la época aborígen, así propone entender su configuración en relación a seis periodos específicos: el aborígen o pre-incásico, incásico, colonial, la independencia, la época republicana, la nación laica y la actualidad.

Otros autores como Hermida Piedra (1979) consideran que es posible abordar la construcción de la profesión médica ecuatoriana, en referencia a la transición de las medicinas nacionales o autóctonas hacia un modelo occidental, atravesando la influencia de las prácticas y los discursos de afuera. En ese sentido, el autor señala que pueden existir tres momentos para el análisis. Por un lado, desde la perspectiva de la medicina autóctona, aborígen o tradicional, la medicina clásica, caracterizada fundamentalmente por la española y árabe del siglo XVI y la medicina postrenacentista, luego hace referencia a dos matrices de influencia moderna: a) anglosajona del siglo XVIII y b) francesa. Señala que la medicina postrenacentista será ascendiente de la medicina occidental, cuyo fundamento está sostenido en la instalación de la episteme moderna y la disrupción entre objeto y sujeto. Así como, la cosificación del ser humano para ser abordado como objeto del conocimiento.

En ese sentido, para este trabajo, nos basaremos en la periodización realizada por Hermida Piedra (1979), complementada con la periodización de Paredes Borja (1963), Gualberto

Arcos (1982), Monteros Valdivieso (1983), Yépez Villalba (1979) y otros autores. Estos investigadores resaltan la relevancia de la medicina aborígen o autóctona en la historia de la medicina ecuatoriana, evidenciada por las señales y símbolos presentes en la medicina actual que reflejan la existencia previa de esta medicina ancestral. Estos autores señalan la coexistencia del arsenal terapéutico vegetal aborígen con los principios de la medicina occidental. Asimismo, indican que la medicina aborígen pasó por un período de hibernación, donde sus conocimientos se redujeron a prácticas tradicionales transmitidas oralmente y que se mantienen hasta la actualidad en el conjunto de la sociedad, con mayor presencia en la población indígena. Además, Paredes Borja (1963) menciona que la medicina aborígen, antes de la conquista, estaba altamente desarrollada, incluso se practicaban intervenciones quirúrgicas, como las trepanaciones craneanas, que fueron despreciadas por la colonización española en el territorio ecuatoriano.

Por otro lado, la medicina aborígen extendió su influencia aún durante la invasión europea y el proceso de colonización de los territorios aborígenes. De ese modo, Paredes Borja (1963) indica que existen registros que dan cuenta de conquistadores tratados terapéuticamente por indígenas. El autor concluye que concurre un proceso de mestizaje y sincretización de la medicina y la terapéutica aborígen, como consecuencia de la subsistencia de la medicina aborígen. Asimismo, indica que producto de este proceso se puede identificar la persistencia de la idea del poder místico de sanación de los médicos en la sociedad.

Según Achig (2007), hacia el final del siglo XVI, se identifica al Dr. Adolfo Valdez como el pionero médico académico o "de toga", quien se graduó en la Universidad de Sevilla y posteriormente se trasladó a Quito para aplicar sus conocimientos en la sociedad colonial quiteña. Esto marcó el comienzo del siglo XVII con el surgimiento de la medicina de estilo clásico, basada en los principios de Hipócrates, Galeno y los comentaristas árabes. Esta rama de la medicina clásica se caracterizaba por la prevalencia de los aforismos hipocráticos y los comentarios relacionados con la doctrina o el Canon de Avicena. Tal como señala Pedro Lain-Entralgo (citado en Achig 2007), el *Corpus Hippocraticum* se concebía como una nueva forma de religiosidad médica donde la compasión fisiológica ampliaba el impulso de ayuda al enfermo semejante.

En 1565 se estableció en Quito el primer hospital, inicialmente concebido como un hospicio. Este acontecimiento marcó el surgimiento de una nueva práctica médica basada en la ética hipocrática. La atención sanitaria clásica y el compromiso de brindar ayuda adquirieron un

papel fundamental en la labor médica. Este contexto dio lugar a la valoración de la escasez, el ascetismo y el altruismo como virtudes distintivas del médico (Achig 2007; Vásquez 2020).

Entre tanto, el padre Fray Ignacio de Quesada organizó, en 1688, la Facultad de Medicina con la participación de la Real Universidad de Santo Tomás de Aquino, de la orden de los predicadores de Quito. Como consecuencia se desarrolló la medicina clásica, asimismo se integró la perspectiva de disciplina científica y la especulación teórica en la medicina. Pero también, con la formalización de la enseñanza, se va configurando la lógica de elitismo profesional, pues como señala Paredes Borja (1963): los primeros médicos y los docentes en la Facultad de Medicina fueron religiosos que conjugaban sus actividades de fe con la práctica médica. De igual forma, como indica Hermida Piedras (1979), en esta época, los médicos eran tratados con reverencia, particularmente las consultas médicas se realizaban a domicilio, se procuraba tener al médico como parte de la familia. En este periodo era común que las consultas médicas fueran charlas generales, sobre la salud, la política, una visita social. Los síntomas de la enfermedad eran abordados, pero también aspectos particulares de la vida del paciente, la familia y la sociedad. En este sentido, se puede reconocer que la medicina clásica configura una profesión de carácter restringido elitista, pues son pocos los que pueden acceder a este tipo de formación. Se nota además que el médico desempeña un papel más amplio que simplemente brindar terapia. Esta modalidad ha persistido hasta el presente, especialmente con los médicos que atienden como "médicos de cabecera". No obstante, esta práctica se encuentra en un proceso de cambio, ya que el lugar donde se aplican estos conocimientos médicos ha evolucionado con el tiempo, pasando de ser principalmente el hogar del paciente a ser el entorno hospitalario (Vásquez 2020).

Antes de establecerse formalmente la formación y la práctica médica, la medicina se enfocaba principalmente en brindar asistencia y apoyo social, a menudo con connotaciones religiosas. Los hospitales presentes en la Real Audiencia atendían tanto a españoles como a los habitantes locales. Sin embargo, estos hospitales también servían como refugio para personas pobres y peregrinos, mientras que la atención médica se realizaba principalmente en los hogares. En estos entornos hospitalarios, se aplicaba una medicina que abarcaba una variedad de métodos y prácticas, fusionando conocimientos de medicina casera y tratamientos basados en recursos vegetales (Hermida Piedra 1979). A su vez, la demanda predominante de servicios médicos se satisfacía mediante lo que se conocía como el "arte de la curación" característico de la medicina autóctona o aborígen.

Los hospicios estaban a cargo de religiosas y mujeres mayores que no contaban con una formación médica convencional. En este mismo periodo, se puede observar la influencia de la corriente anglosajona de la medicina, que fue auspiciada por la presencia de comunidades religiosas bethlemitas en la Audiencia de Quito. Los principales elementos que fueron incorporados a la práctica de la profesión médica por acción de la influencia anglosajona se traducen en el establecimiento de programas de estudio, así como la sistematización de textos y comentarios. De ahí, que parte de la producción teórica médica trate de relatos literarios acerca de la atención clínica. De igual forma, la influencia francesa fue destacada en este tiempo incluso se prolongó hasta los momentos previos a la independencia del país. En particular, la misión geodésica cumplió un rol prominente pues incorporó a su grupo de trabajo a médicos, como el Dr. Destruge, que, junto a otros galenos como Guerrero y Dominique, consolidaron el proceso formativo de nuevos médicos (Vásquez 2020). Con la Misión Geodésica se instalaron las prácticas de exámenes clínicos en los hospitales y una serie de anfiteatros.

Con la independencia de la República, la práctica médica fue transformándose. El oficio del médico también adquirió nuevos elementos, la actividad médica empezó a desplazar a la medicina autóctona o aborígen, para instalar el conocimiento médico occidental y la episteme moderna. De forma que los saberes terapéuticos vegetales quedaban en un segundo plano, aunque no son totalmente descartados, pero se privilegia el análisis morfológico y anatómico, asimismo el conocimiento y la objetivación del cuerpo. Se desarrollan las especialidades quirúrgicas y la obstetricia. El hospital adquiere otro sentido, debido a que los hospitales dejan de ser hospicios de caridad y se convertían se convirtieron en centros para la práctica quirúrgica (Vásquez 2020).

Por otra parte, la situación de guerra, a inicios del siglo XIX, definió el nuevo rol de los hospitales: en ellos se ejecutaban las cirugías necesarias para los heridos en combate. Con el advenimiento de la República se fortaleció el proceso formativo de los médicos: se iniciaron los estudios de fisiología, anatomía e higiene (Achig 2007). En términos generales, se inició un proceso de modernización de la medicina nacional que se profundizó en la era garciana. Es así que el presidente García Moreno incorpora médicos extranjeros, fundamentalmente franceses, al sistema de formación superior. De hecho, en la época garciana, se realiza avances significativos en el ordenamiento del sistema formativo médico: se instala el esquema pedagógico asentado en el positivismo, se adopta el modelo académico europeo, se

establecen relaciones académicas con universidades extranjeras como la Universidad de Montpellier (Vásquez 2020).

En la época post-garciana, entre 1887 y 1889, se empezó a estructurar la institucionalidad de la salud, de carácter laico para la administración pública de la salud en Guayaquil. Se fundó la Junta de Beneficencia, que permitió realizar estudios en el exterior a profesionales médicos para mejorar su capacidad académica. Asimismo, se organizaron un conjunto de sociedades civiles, como la Sociedad Médico Quirúrgica. Así también, se diversificaron las especialidades médicas, como por ejemplo la psiquiátrica y epidemiología. Es un momento de formalización de la medicina y del oficio de médico, tiene un *modus operandi*, pues se consolida el proceso de enseñanza médica, así como la estructura pedagógica, los centros de enseñanza y la infraestructura hospitalaria que permite la práctica clínica. Sin embargo, persiste el dominio, sobre esta naciente institucionalidad, de los organismos religiosos. Según Hermida (1979), de este periodo se puede extraer la persistencia de la práctica de una medicina instrumental y científica, así como el desplazamiento de la terapéutica vegetal, se da paso a la medicina propiamente moderna. Es singular la subsistencia de los organismos colegiados y la fuerza que adquieren como mediadores de la práctica médica.

La consolidación de la medicina moderna se realizará en el siglo XX, con el proceso revolucionario y liberal encabezado por Eloy Alfaro y sus postulados de laicismo que fortalecen la institucionalidad de la salud y de la enseñanza a cargo del Estado. Se estructuran las primeras políticas nacionales para establecer la formación en masa de médicos. Se promueve un sistema de becas, que tiene como objetivo lograr la formación en el exterior de cientos de médicos (Vásquez 2020).

Para este momento, el médico se reconoce como una autoridad científica, y todo el proceso de modernización se concluye en el fortalecimiento de las Universidades. Existe una creciente institucionalización de la ciencia médica y de su autoridad científica, que se desprende del proceso formativo riguroso. Se multiplican las organizaciones médicas de investigación, en particular sobre epidemiología, se desarrollan los primeros fluidos vacunos nacionales para la inmunización de la población, se recurre principalmente a insumos biológicos desarrollados en el país (Hermida 1979). La clínica y la quirúrgica se desarrollan de forma pujante, se incorporan técnicas quirúrgicas como trepanaciones, cistotomía, nefropexia, cirugías ginecológicas, nasales y oculares. De esa manera, la evolución clínica teórica y observacional es el eje fundamental de la formación médica. De esta etapa se recoge

la persistencia de la autoridad científica del médico, así como de la responsabilidad social en la formación del médico a través de las subvenciones o becas.

En 1908 se funda la primera clínica privada en la ciudad de Quito. Su propietario fue el Dr. Gregorio Quermaquer, lo que fue un hecho relevante porque dio origen a otro grupo de clínicas privadas fundadas por el Dr. Isidro Ayora, que además fueron centros de enseñanza para otros médicos. Se puede identificar en este caso los gérmenes de la práctica clínica y la formación de hecho de los médicos (Vásquez 2020). En la misma época, se consolida el conjunto de hospitales que formarán parte de la Red Pública de Salud, como la Maternidad fundada por el Dr. Isidro Ayora o el Hospital de Niños Baca Ortiz. Pero el ejercicio de la medicina seguía siendo una práctica de notables y eruditos como el Dr. Carlos Andrade Marín y un ejercicio altruista de las clases altas. De ahí que es una práctica subsistente en el oficio de la medicina el despliegue del discurso a la autoridad científica frente a sus congéneres y a la población en general. Asimismo, hasta 1921, la práctica médica era un oficio de hombres, pero con el licenciamiento de Matilde Hidalgo, se fractura el segregacionismo machista. Sin embargo, la configuración del oficio médico puede advertir la supervivencia de elementos machistas en el proceso formativo del médico y el oficio del médico (Vásquez 2020).

Hacia la segunda mitad del siglo XX, se continúa con la construcción de la infraestructura hospitalaria moderna del país, como los hospitales psiquiátricos de Conocoto y Julián Endara, el Hospital del Seguro “Carlos Andrade Marín”, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer y sus primeros hospitales, fundados por el Dr. Juan Tanca Marengo. Hasta ese momento, la formación médica de tercer nivel se llevaba a cabo en las diversas Universidades, y no existía distinción entre Universidad Pública y Privada. De hecho, en 1946, la Universidad Católica del Ecuador se presenta como la primera universidad privada del país, y en 1968 apertura su Facultad de Medicina (Vásquez 2020).

Asimismo, la especialización médica era un ejercicio de hecho o de facto, que se desarrollaba en la práctica clínica exclusivamente. En este sentido, se desprende una práctica regular que se conoce como la formación de hecho de los médicos y cirujanos especialistas. Es decir, los médicos graduados desarrollaban sus habilidades específicas en los hospitales, optando por un área de residencia. Existían pocos médicos que se formaban en el exterior y acreditaban un proceso de formación teórica y una especialidad.

La formación de hecho era reconocida como parte del oficio de médico, es decir: la experimentación en la vida laboral como mecanismo para adquirir las destrezas. Sin embargo, a finales del siglo XX y principios del siglo XXI, se inició un proceso de tecnificación y multiplicación del acceso a la educación médica de cuarto nivel. En este transcurso de tiempo se desplaza la formación de hecho a la formación científico-técnica y formal. En ese sentido, el discurso científico técnico de las ciencias médicas se contrasta con la formación de hecho, la experiencia ocupa un segundo lugar, el conocimiento adquiere mayor relevancia proponiendo un nuevo ordenamiento de la práctica clínica.

1.3. Del proceso formativo al oficio de médico

Dado los elementos históricos que se analizaron con anterioridad, en la actualidad, el oficio de médico se construye mediante un proceso formativo, con una pedagogía sentada en la autoridad científica de las ciencias médicas y en la práctica clínica. El oficio de médico apareció como una actividad de filántropos, que brindaban asistencia caritativa a pobres y forasteros. El oficio del médico estuvo atravesado, durante largo tiempo, por el despliegue de las creencias religiosas. Sin embargo, con el desarrollo de la ciencia positiva, en el campo de la medicina, permitió incorporar el conocimiento empírico y científico.

En la actualidad, se ha logrado definir el cuerpo de conocimientos que deben hacer parte de la medicina como la anatomía, fisiología, semiología, etc. Asimismo, se ha reconocido que la investigación empírica, particularmente el análisis de casos clínicos, hacen parte del oficio de ser médico. De tal forma, que la persona que desee ser médico debe cumplir con determinadas competencias académicas y destrezas prácticas.

El trayecto que debe seguir una persona para hacerse del oficio de médico requiere del tránsito por una universidad pública o privada, que haya implementado un programa de estudios en medicina. Además, tenga relación con la infraestructura hospitalaria, en donde pueda realizar la práctica clínica. Asimismo, el oficio de médico requiere de la especialización de hecho o de derecho. En el Ecuador, se ha formalizado la especialización de derecho con programas de cuarto nivel, ofertados por pocas universidades (Vásquez 2020).

Por otro lado, el oficio de médico está definido por la adquisición del discurso médico y su autoridad científica, de igual forma de la aplicación de los términos y los códigos médicos, que permiten el desarrollo del oficio, asimismo del método pedagógico, que no ha variado significativamente desde el inicio del siglo XX. También se requiere de la incorporación de

las competencias técnicas, originadas por los avances tecnológicos y científicos (Fino Sandoval 2017).

Respecto del discurso científico de las ciencias médicas, este obliga a los estudiantes a incorporar un capital simbólico, que le haga parte del cuerpo social de los médicos. De hecho, la enseñanza de la semiología médica representa un hecho fundamental, para la comunicación dentro del campo médico, es parte central de su actividad profesional (Castro y Erviti 2015; Bedoya 2016). Por cuanto, se deben seguir formatos estandarizados como recetas médicas, historias clínicas o epicrisis, que hacen parte del conjunto de instrumentos que maneja el médico. La construcción del oficio de médico está también atravesada por la construcción de tipos ideales, que representan los modelos a seguir en la profesión médica (castro y Erviti 2015; Bedoya 2016). Por lo general, son docentes universitarios o jefes de servicio. Eventualmente, el estudiante debe inclinarse ante un tipo ideal de médico para determinar su especialidad. Este tipo de definición se lleva a cabo en la práctica clínica, en la infraestructura hospitalaria.

Una posible secuencia de la construcción del oficio de médico, inicia con la adquisición de conocimientos, tanto para comunicarse entre sus colegas en el campo médico como para el “arte de curar”. La patología, farmacología, anatomía, fisiología y semiología son los conocimientos fundamentales para el uso científico de las destrezas médicas.

Por otro lado, el primer acercamiento a la práctica del oficio de médico comienza cuando el estudiante realiza el internado rotativo, que son prácticas preprofesionales, cuyo objetivo es consolidar los conocimientos y las destrezas básicas de un médico, para que pueda desempeñarse autónomamente. Como parte del internado rotativo, el médico se inserta a la disciplina del oficio, que está constituido por la disciplina de las guardias o turnos que pueden extenderse hasta en 24 horas. Asimismo, este es el primer momento cuando el estudiante se acerca a la jerarquía del orden médico hospitalario (Pérez- Montenegro 2020).

Por otro lado, parte del oficio de médico, en el Ecuador, requiere que los graduados de tercer nivel realicen el año de medicina rural, para que puedan acreditar la finalización de sus estudios y realizarse como médicos generales. En este año se enfrentan al primer nivel de atención de la infraestructura hospitalaria, que se desarrolla en los sectores rurales del país.

Tras finalizar su formación, el médico busca ganar experiencia y especializarse dentro de un entorno hospitalario o clínico. Sin embargo, la difícil realidad del desempleo puede ser una barrera para muchos médicos generales que desean acceder a programas de especialización.

La excepción a esta limitación se evidencia en la contratación de médicos como residentes asistenciales. Este proceso de integración al mercado laboral parece depender más de la capacidad de influencia social de las familias de los estudiantes de medicina que de sus logros académicos. En ocasiones, algunos médicos eligen continuar con estudios de especialización o posgrado.

Una vez que el médico alcanza el estatus de especialista, su distinción respecto al resto se evidencia tanto por sus logros académicos como por su experiencia profesional. Este grupo de especialistas conforma una élite que comparte un espacio social y académico restringido en comparación con sus colegas. El ejercicio médico demanda una actualización continua, que puede incluso implicar una subespecialización, alcanzada a través de la participación en cursos y congresos. Estas actividades se convierten en prácticas recurrentes tras la especialización, definiendo el desempeño profesional en los años subsiguientes.

1.4. Pasantías, prácticas preprofesionales, práctica clínica o residencia médica

En este apartado se proporciona una visión panorámica y analítica de varios términos clave vinculados con la práctica médica. Comienza delineando y diferenciando términos como pasantía, práctica pre-profesional, residencia médica y práctica clínica, ofreciendo una definición general de esta última y su evolución desde una perspectiva que antes objetivaba al paciente como un cuerpo hacia una visión más integral que considera su subjetividad.

Luego, se examina la evolución histórica de las pasantías desde su asociación inicial con la medicina hasta su extensión a otras esferas profesionales, señalando cómo este fenómeno ha crecido debido a la adaptación de la educación universitaria al modelo económico neoliberal. Asimismo, se comparan las pasantías con las prácticas pre-profesionales, resaltando similitudes y diferencias a lo largo del tiempo y cómo estos términos describen la transición de los estudiantes desde la academia al mundo laboral.

Por último, se aborda la residencia médica como una etapa de especialización para graduados, definiendo su origen en las pasantías y destacando su transformación hacia una formación más enfocada en hospitales.

Según Foucault (1978), la práctica clínica ha evolucionado en paralelo con la visión médica sobre su principal objeto de estudio: el paciente. Anteriormente, se consideraba al paciente como un cuerpo cosificado y objetivado, pero ha pasado a una perspectiva más abarcadora que también contempla la subjetividad del paciente, reconociéndolo en su humanidad. En este

sentido, la práctica clínica comprende el conjunto de procedimientos que forman parte de la atención al paciente, permitiendo abordar la enfermedad desde su semiología o sintomatología hasta su tratamiento de manera completa.

Por otro lado, la práctica clínica puede ser entendida como una serie de pasos que deben ser aprendidos o registrados para su reproducción en la atención de los pacientes. Asimismo, la práctica clínica es propia de la medicina y sus derivaciones en la atención al paciente. Es decir, la práctica clínica puede ser realizada por enfermería, medicina, tecnología en imagen, laboratorio, etc.

Por otra parte, según Perlin (2011), la actividad médica fue el punto de partida para la conceptualización de las pasantías o *internships*. Las pasantías pueden estar en cualquier lado ahora, pues aparenta ser un fenómeno reciente, que se presenta de manera caótica sin que exista un abordaje metodológico preciso, que pueda dar cuenta de los elementos que trazan el ordenamiento subyacente a esta realidad (Perlin 2011, 11).

Para Perlin (2011, 11), la palabra *internships* o pasantías denominaba un tipo particular de aprendizaje en el ámbito de la medicina. Es decir, las pasantías tienen como punto de partida el carácter transicional del aprendizaje práctico que realizaban los estudiantes de medicina antes de ejercer sus conocimientos por cuenta propia. Existe un marcaje temporal para entender cómo se fueron diversificando las pasantías en otros grupos profesionales. Hasta 1960 las pasantías eran exclusivas para el ámbito de la medicina. Sin embargo, a partir de 1970 el concepto fue incorporándose en el grupo de profesiones de la administración pública. Para 1980 el carácter diferenciado de las pasantías era una rareza en comparación con las pasantías médicas.

En los años noventa, se experimentó un notable incremento de las pasantías en diversas áreas de conocimiento y sectores profesionales, como el marketing, la administración de empresas y el comercio, entre otros. Esta expansión de las pasantías hacia campos ajenos a la medicina refleja el impacto del ajuste neoliberal en la economía y su integración en el modelo universitario. Este fenómeno ilustra cómo el paradigma universitario, en la era del neoliberalismo, adoptó una orientación más orientada a formar mano de obra calificada, adquiriendo un matiz empresarial (Juarros y Naidorf, 2007).

En ese recorrido las pasantías han adquirido cierto grado de naturalidad. Se presentan como una actividad propia de los jóvenes universitarios. Pero, según Perlín (2011, 11) aún tienen un carácter ambiguo y vago, debido a que se comportan como un mecanismo para que los

jóvenes puedan transitar del mundo de las clases al mundo de las fábricas y las oficinas.

Tiene como objetivo crear habilidades laborales, que más tarde son puestas en práctica en la actividad profesional, pero prácticamente son formas encubiertas de trabajo utilizadas ilegalmente.

El autor reconoce que las pasantías tienen este carácter transicional entre el mundo de las aulas y el mundo del trabajo. En ese marco las habilidades laborales que se adquieren por efecto de la experiencia, solo sirven como justificativo para prolongar la devaluación y desmoralización a las que serán sometidos, una vez que ingresen al mercado del trabajo. Pero también, reconoce que las pasantías sirven para asumir roles precarios que no se corresponden a la formación de los estudiantes, pues sirven como mecanismos de disciplinamiento social (Perlin 2011, 13).

Por otra parte, respecto de las prácticas pre-profesionales, luego de la multiplicación de las pasantías en otras áreas de formación se empezó a utilizar el término práctica pre-profesional como un concepto diferenciador de pasantías, pues se consideraba que contenía una carga médica muy importante. Sin embargo, con el advenimiento de los años 90 y la regularidad de las prácticas pre-profesionales coloquialmente se han utilizado los dos términos, para representar el tránsito entre el mundo de las aulas y el mundo del trabajo.

Por su parte, el concepto de residencia médica, hace referencia a un segmento de la práctica clínica, que se realiza por médicos profesionales en proceso de especialización.

Particularmente, representa un proceso de transición entre dos ámbitos del mundo del trabajo mediados actualmente por las aulas. Con anterioridad, las residencias médicas eran procesos formativos realizados exclusivamente en los hospitales y correspondían a un tiempo de permanencia en una especialización médica, hasta lograr aprender todos los procedimientos quirúrgicos y clínicos de una rama específica de la medicina.

De esa manera, la distinción entre los conceptos de pasantías, prácticas pre-profesionales, práctica clínica y residencias permite aclarar el uso de los conceptos. De tal forma, que se entienda que la residencia médica tiene un antecedente histórico, que proviene de las pasantías o *interships*. Más tarde fue complementado con el concepto de práctica clínica, pero que solo se refiere a un segmento específico realizado por médicos profesionales. Por lo tanto, se diferencia de la práctica preprofesional, pues en este caso en específico no se produce un tránsito del mundo de las aulas al mundo del trabajo. Todo lo contrario, ocurre la profundización de la pertenencia al mundo del trabajo por parte del médico profesional.

1.5. El modelo formativo de las especialidades médicas en el Ecuador

De acuerdo a lo que señala la Norma Técnica de Unidades Docentes Asistenciales (2015), la práctica clínica ha sufrido modificaciones sustanciales con el tiempo, particularmente a medida que la rectoría del Sistema de Salud determinó una Autoridad Sanitaria Nacional. Asimismo, definió con más certeza la competencia del Estado, para normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud. En consecuencia, se estructuró un modelo de atención, así como la configuración completa de una Red Pública y Complementaria de Atención en Salud.

Por un lado, en la actualidad, el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS 2012) se ha consolidado, priorizando como eje de su formulación la atención primaria en salud.

Asimismo, reconoce tres niveles de atención, de tal forma que destaca a la prevención de la enfermedad y los procesos de rehabilitación y recuperación. Considera también a los cuidados paliativos como un área necesaria para la atención integral a los pacientes. De esta forma, luego de una evolución un tanto desordenada del sector de la salud, se ha logrado consolidar los recursos materiales e inmateriales para cimentar una sola Red Pública Integral en Salud, con un modelo de gestión que permite de forma organizada atender las necesidades sanitarias del país.

Haciendo un poco de historia, el proceso formativo para especialidades médicas en el Ecuador evolucionó siendo la mayor parte del tiempo una actividad reservada a los hospitales y centros médicos. Es decir, era una actividad formativa mediada por la práctica clínica y desarrollada en el ambiente laboral. Este proceso formativo se le denominaba formación de hecho en especialidad médica. Sin embargo, con la rectoría del Estado en las áreas de salud y educación, la actividad formativa de las especialistas médicas tomó un giro escolar. De tal forma, que la universidad se incorporó como un actor indispensable para la transmisión y adquisición de conocimientos prácticos y teóricos.

Hasta mediados del siglo XX, el proceso formativo seguía respondiendo a los mismos modos de la formación de hecho. Entre los años ochenta y noventa, en el Ecuador se estructuró un proceso de formación pedagogizada, en donde las universidades adquirieron mayor relevancia. Sin embargo, debido a la naturaleza del modelo universitario, en el neoliberalismo, la desregulación de los programas entorpeció el desarrollo de los mismos, no se garantizaba la calidad del proceso formativo. A principio de los años 2000, se consolidaron organismos colegiados que se encargaron de la verificación de la calidad de la Educación

Superior: el Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación (CONEA), así como el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP). Con estos organismos colegiados se fortaleció la rectoría del Estado con respecto de la educación superior. En particular, se multiplicaron programas académicos de especialización médica en varias universidades (Rojas 2011; Ramírez 2014).

Con posterioridad, en la primera década de los años 2000, se definió la competencia del Estado tanto en educación como en la salud, por lo tanto se estableció el modelo de gestión como se anotó con anterioridad. En este modelo de atención se integraron los elementos determinantes para el proceso formativo. Según el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS 2012), la formación de especialistas médicos responde tanto a la casuística de prevalencia de morbilidad en el país, como la disponibilidad de infraestructura y las capacidades docentes de las diferentes universidades. En ese sentido, se modificó la relación entre la formación de especialistas y la práctica clínica. En este caso, se prioriza el aprendizaje teórico y se garantiza la práctica clínica en las Unidades Docentes Asistenciales, pero la disponibilidad de cupos para formación son de responsabilidad del Consejo de Educación Superior en relación al cálculo de necesidades y capacidades realizado por el Ministerio de Salud Pública.

Por un lado, el análisis de variables: casuística de morbilidad e infraestructura hospitalaria define la demanda de especialistas en el país. De esa forma, la oferta es limitada, especialmente debido a las limitaciones de infraestructura del sistema de salud. En ese sentido, es imposible la formación de especialistas en el mismo número de graduados de pregrado.

Entonces, se puede destacar que el modelo formativo de especialistas ha tenido que transitar por una evolución determinada por la intermediación cada vez más creciente de la universidad, la pedagogización de los contenidos y la formalización académica de la práctica clínica. Es decir, tuvo que pasar de la formación estrictamente de hecho en los hospitales, para realizarse en los cánones de la formación universitaria en relación con Unidades Docentes Asistenciales u hospitales universitarios.

Por otra parte, por la naturaleza del cálculo de plazas disponibles para formación de especialistas médicos, la profesión médica se ha caracterizado por tener un alto grado jerárquico, así como ser un espacio elitista. La configuración del éxito profesional como especialista médico supone la aceptación de ingresar a un campo altamente exclusivo.

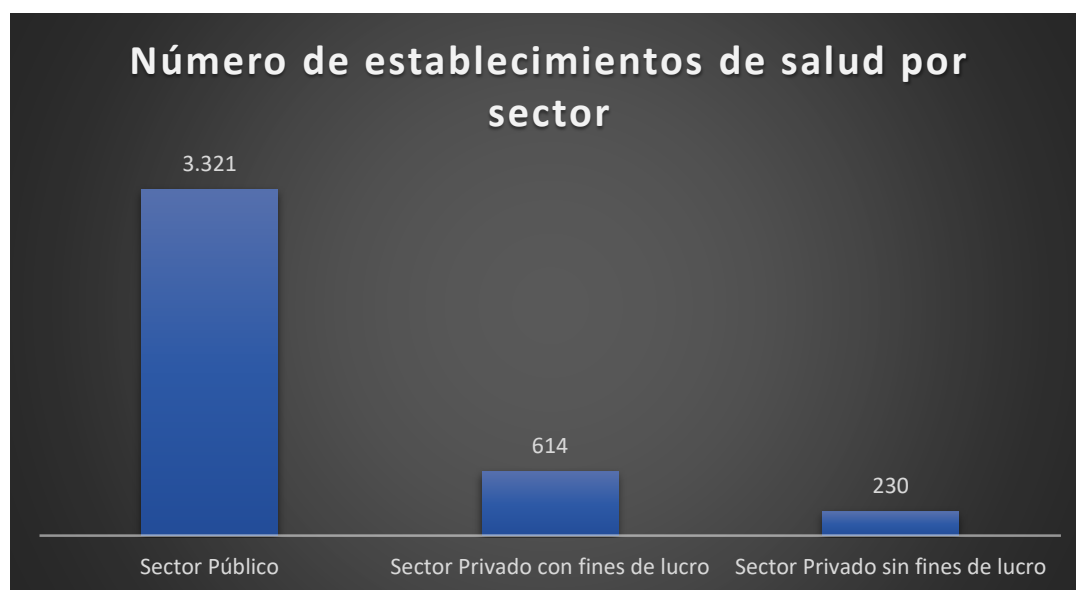
1.6. Los profesionales médicos en la actualidad

En este apartado, se realizará una descripción de la situación del sector de la salud en el Ecuador, así como del personal sanitario, incluyendo a los médicos posgradistas. Se detallarán aquellos elementos de importancia sustancial para entender la problemática de los médicos posgradistas. Específicamente, se anotarán los datos concernientes a la disponibilidad de centro de salud de segundo y tercer nivel, la distribución de las Facultades de Medicina en el país y las consultas de morbilidad.

Por un lado, los datos procesados proceden de estadísticas oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y de la Secretaria Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SENESCYT). Asimismo, se recogen algunos datos de la página web del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. La mayoría de los datos han sido extraídos del Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos de Actividades (2018).

Por otra parte, es importante conocer que la infraestructura sanitaria del país está conformada en su mayor parte por establecimientos de salud del sector público. De hecho, como se observa en la (Gráfico 1.1), existen 3321 establecimientos de salud públicos, en comparación con 844 establecimientos privados. En este punto, cabe destacar que existe un gran número de establecimientos de salud catalogados con fines de lucro.

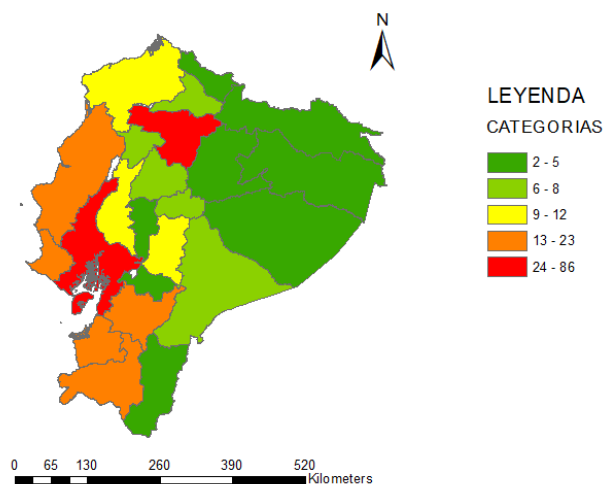
Gráfico 1.1. Número de establecimiento de salud por sector



Elaborado por el autor con base a Instituto Nacional de Estadística y Censos (2018)

Por otro lado, de acuerdo a la clasificación realizada por el Modelo de Atención Integral en Salud, los establecimientos de salud se categorizan en primer, segundo y tercer nivel. Siendo el segundo y tercer nivel establecimientos que brindan atención ambulatoria especializada, así como hospitalización. En particular, el segundo nivel es de referencia inmediata del primer nivel de atención. Asimismo, el tercer nivel de atención corresponde a los establecimientos ambulatorios y hospitalarios de especialidad, que se encargan de resolver la atención de pacientes de alta complejidad, cuentan con especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas. En el Mapa 1.1, se puede observar la distribución de los centros de salud de segundo y tercer nivel, que demuestran una a la concentración en las provincias de Pichincha y Guayas, lo que corresponde a los lugares de mayor concentración de la población.

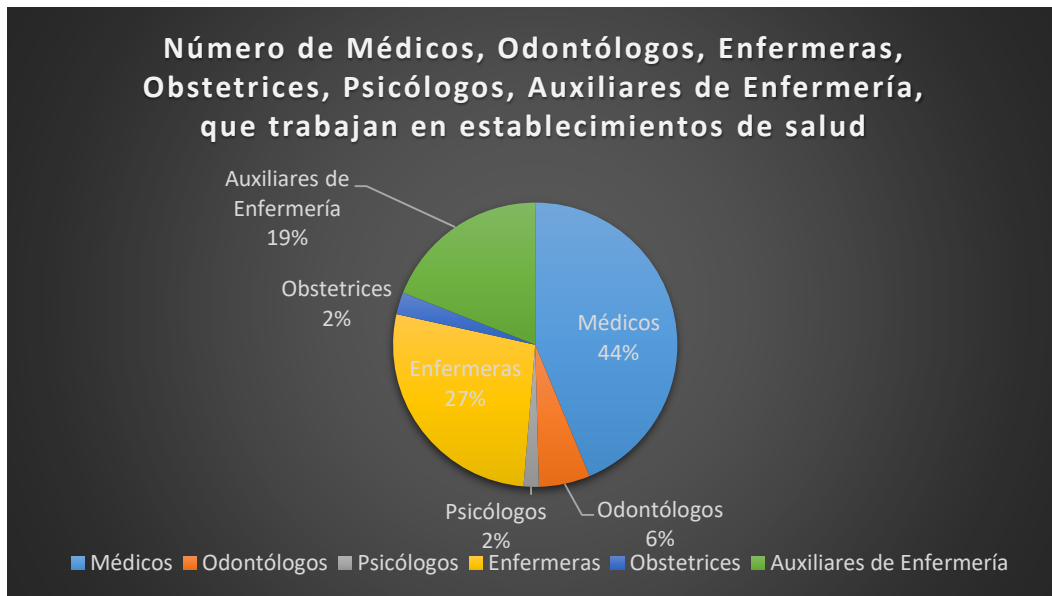
Mapa 1.1. Distribución de Centros de Salud de Segundo y Tercer Nivel por Niveles de Concentración Geográfica



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2018)

Respecto del personal sanitario, en este grupo se cuentan los médicos/as odontólogos/as, enfermeros/as, obstétrices, psicólogos y auxiliares de enfermería. De este conjunto, el 44% representan al grupo de los médicos/as, siendo enfermería el segundo grupo más importante, como se observa en la (Gráfico 1.3).

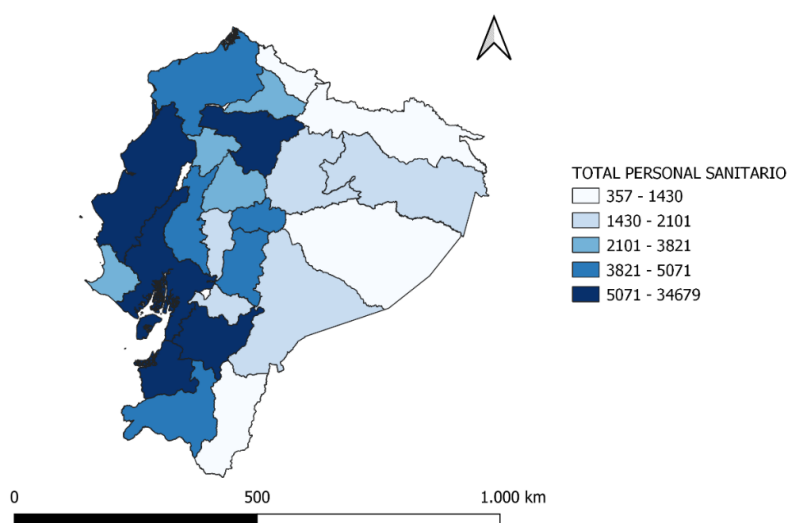
Gráfico 1.2. Cantidad y distribución de personal sanitario que trabajan en establecimientos de salud



Elaborado por el autor con base en Instituto Nacional de Estadística y Censos (2018)

En el Mapa 1.2, se puede observar la distribución del personal sanitario por provincias observándose concentración del personal sanitario en las provincias de Manabí, Pichincha, Guayas Azuay y El Oro.

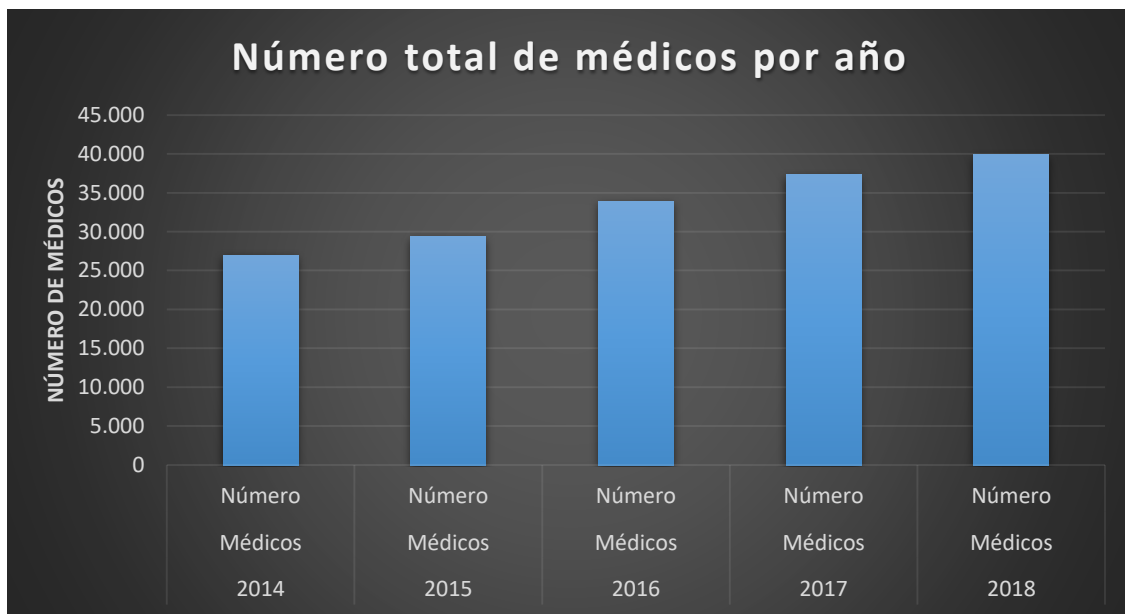
Mapa 1.2. Distribución del total del personal sanitario por provincias



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2018)

Asimismo, en el Gráfico 1.3, se observa un gráfico de evolución histórica del número total de médicos por año, que demuestra un crecimiento significativo entre el 2014 y el 2018, de más de 10000 médicos. Este dato da cuenta de ciclos de graduación de al menos 2000 médicos por año. Es decir, existieron condiciones favorables en ciertos años que han permitido la graduación de hasta 4000 médicos en las diferentes universidades del país.

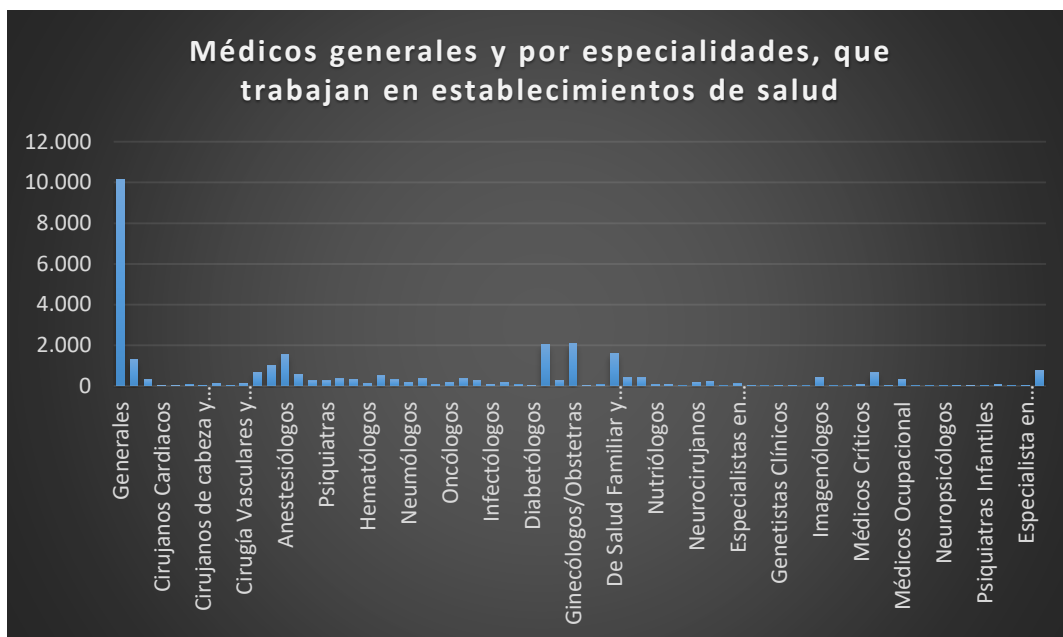
Gráfico 1.3. Evolución del número total de médicos por año. Serie histórica 2014-2018



Elaborado por el autor con base en Instituto Nacional de Estadística y Censos (2018)

En el Gráfico 1.4, se observa la distribución de los médicos por la rama o especialidad. Específicamente, de aquellos que trabajan en establecimientos de salud siendo mayoritario el número de médicos generales, es decir aquellos que no han logrado realizar una especialidad. Sobre las especialidades médicas, se observa que cirugía general, anestesiología, ginecología, obstetricia, medicina familiar y comunitaria, imagenología, medicina crítica y ocupacional son las especialidades más recurrentes.

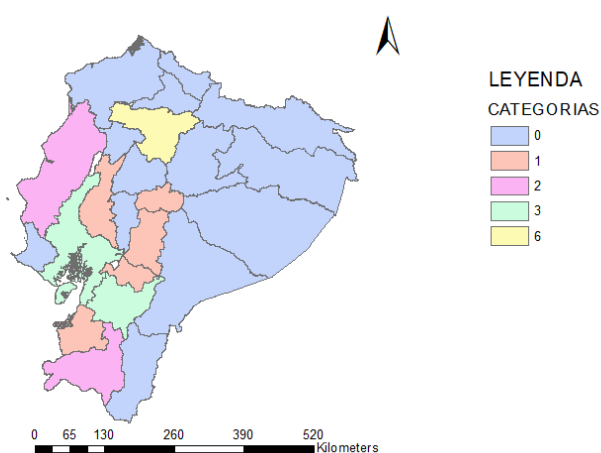
Gráfico 1.4. Número de médicos distribuidos por especialidad



Elaborado por el autor con base en Instituto Nacional de Estadística y Censos (2018)

Por otra parte, la distribución programas médicos (Mapa 1.3), mediante la distribución de universidades con Facultad de Medicina, permite observar que existe concentración de las Facultades de Medicina principalmente en Pichincha y en Guayas.

Mapa 1.3. Distribución de Universidades con Facultad de Medicina



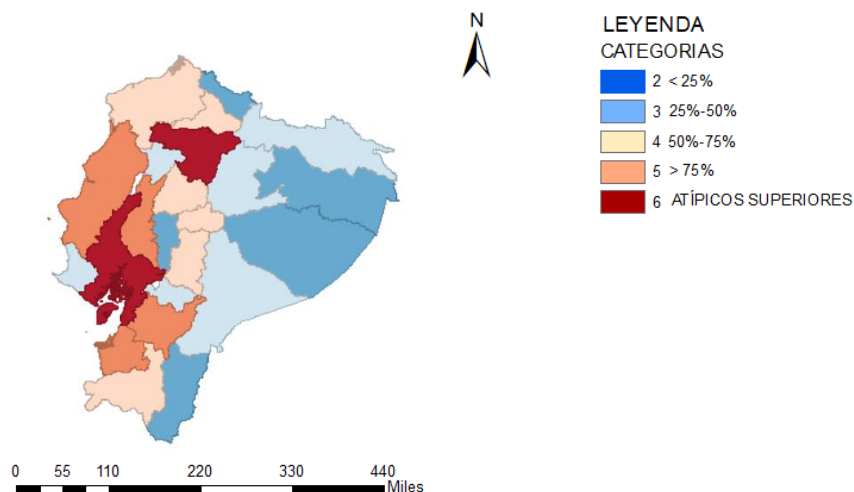
Fuente: SENESCYT (2018)

En relación al número de consultas médicas por enfermedades o morbilidad (Mapa 1.4), se utilizó un mapa de distribución especial llamado 'caja bisagra'. Este mapa muestra cómo se concentran las consultas médicas en diferentes áreas del país.

Los valores que se destacan significativamente por tener una mayor concentración de consultas médicas por enfermedades se observan principalmente en las provincias de Pichincha y Guayas. Sin embargo, hay otro grupo de provincias como Manabí, Los Ríos, Azuay y El Oro que se encuentran en un nivel de concentración un poco más bajo, ubicándose en el cuarto quintil.

Las provincias que muestran una cantidad media de consultas por enfermedades se concentran en Esmeraldas, Imbabura, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y Loja. Por otro lado, no se detectaron valores atípicos de consultas médicas excesivamente bajas, pero sí hay presencia de provincias que se encuentran en el primer y segundo quintil, especialmente en toda la región amazónica, que presentan un menor número de consultas médicas por enfermedades en comparación con otras áreas del país.

Mapa 1.4. Mapa de Consultas por Morbilidad en la Región: Distribución y Concentración

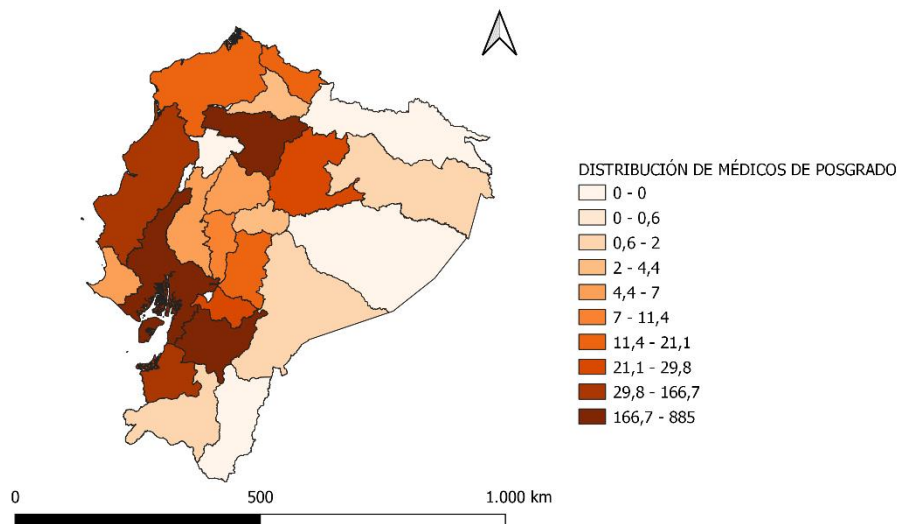


Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2018)

Respecto de la distribución de los médicos posgradistas, en el Mapa 1.5, se puede observar que existe una concentración en las provincias de Pichincha, Guayas y Azuay, en menor grado en Manabí. Esta situación corresponde a los datos anteriormente señalados de

concentración de los establecimientos de segundo y tercer nivel, de las consultas de morbilidad y la distribución de Facultades de Medicina en el país. De esa manera, la gran mayoría de médicos de posgrado que optan por una especialidad médica se concentran en cuatro principales ciudades del país: Quito, Guayaquil, Cuenca y Portoviejo.

Mapa 1.5. Distribución de médicos de posgrado por provincia



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2018)

1.7. La indignación de los médicos de posgrado

Para investigar la indignación de los médicos de posgrado, se adoptó una metodología combinada que incluyó la búsqueda y análisis de datos en múltiples fuentes. Inicialmente, se definieron palabras clave relevantes para llevar a cabo búsquedas en redes sociales como Facebook y Twitter. Estas palabras clave se seleccionaron para abarcar temas relacionados con las preocupaciones y quejas expresadas por los médicos de posgrado. Posteriormente, la información recopilada se analizó utilizando el software Atlas.ti. Aunque no se emplearon funciones avanzadas del software, se interpretaron las familias y categorías identificadas para detectar patrones recurrentes en función del marco teórico elegido.

Para realizar la búsqueda en redes sociales, se utilizaron palabras clave relacionadas con las preocupaciones y quejas expresadas por los médicos de posgrado, como “posgradistas”, "condiciones laborales", "residencia médica", "agotamiento profesional", "compensación económica", entre otras. Estas palabras clave fueron seleccionadas para abarcar los temas

relevantes para el estudio y capturar una amplia gama de conversaciones en línea sobre la indignación de los médicos posgraduados.

La técnica de muestreo en forma de bola de nieve. Esto implicó identificar y examinar las publicaciones, comentarios y discusiones relevantes, así como seguir enlaces y referencias compartidos por los usuarios para descubrir nuevas conversaciones y perspectivas.

Es importante destacar que, además de las redes sociales, se realizó un análisis detallado de documentos normativos pertinentes, como la Norma Técnica para la Formación en Especializaciones Médicas y Odontológicas del Consejo de Educación Superior. Este análisis permitió contextualizar las percepciones de los médicos en formación en relación con las regulaciones y políticas académicas y laborales que impactan su experiencia.

La metodología combinada de búsqueda y análisis de datos en redes sociales, junto con la revisión de documentos normativos, proporcionó una visión integral y contextualizada de la situación.

Asimismo, el marco teórico utilizado para analizar la situación de los médicos de posgrado se basa en diversas corrientes y teóricos relevantes.

En primer lugar, se emplea la perspectiva de Charles Tilly (2019; 1998) para comprender el surgimiento del agravio moral entre los médicos de posgrado, relacionado con la valorización y formulación taxativa de lo justo, legítimo y posible. Este enfoque ayuda a examinar cómo los médicos transitaron desde este agravio moral hasta la lucha por sus derechos, basándose en condiciones laborales, físicas y psicológicas adversas, así como en la insuficiencia económica.

Además, se hace referencia a George Simmel (1977) para explicar la necesidad de los médicos de posgrado de compartir su agravio moral en las redes digitales como un acto para superar la tensión de mantener en secreto la precariedad y el abuso en el contexto de la residencia médica.

El análisis se nutre de los conceptos de reforma moral de Gramsci (1965; 1980) para entender cómo los médicos de posgrado cuestionaron el sentido común y buscaron transformar la percepción sobre las residencias médicas, a través del cuestionamiento directo de las observaciones de la realidad compartidas en las redes.

Asimismo, se considera la teoría de Nancy Fraser (1999) para explorar cómo las publicaciones académicas formaron un contrapúblico contestatario, disputando el sentido hegemónico de la residencia médica y elevando el debate a la esfera pública.

Se hace referencia a Marshall (1998) para comprender la lucha de los médicos de posgrado por sus derechos como una búsqueda de reconocimiento de derechos sociales y una integración al orden hospitalario regulado por el Estado.

Finalmente, se emplean conceptos de Tilly (2004) para explicar cómo los médicos de posgrado han desarrollado estructuras formales, un repertorio de lucha amplio y acciones movilizadoras en su búsqueda por reconocimiento económico y derechos laborales.

Esta amalgama de enfoques teóricos ayuda a comprender el proceso de movilización y lucha de los médicos posgraduados, desde el agravio moral hasta la búsqueda de reconocimiento y derechos en el contexto de la residencia médica.

De esa manera, a finales del 2018, fueron cientos los comentarios de médicos de posgrado en redes digitales, tales como: “en nombre de la vocación y de que estamos peleando por un título o estamos en formación se nos recrimina y nos critican cuando buscamos una remuneración” (Perfil de Facebook de Nancy Lucero, 23 de mayo de 2018). Los médicos de posgrado partieron del agravio moral hasta llegar a la lucha por sus derechos. Este agravio moral aparece como consecuencia de un proceso de valorización y formulación taxativa de lo justo, legítimo y posible (Tilly 2019; 1998).

El agravio moral dentro de los médicos de posgrado se formuló en relación a las extensas jornadas de trabajo y los efectos físicos y psicológicos, que causan sobre los cuerpos de los médicos. Pero, también se trasladó al nivel de la insuficiencia económica, debido a que supone injusto e ilegítimo que existan médicos de posgrado que realicen trabajo gratuito.

La experiencia del médico de posgrado se tornó cuestionadora debido a que las justificaciones dadas sobre esta realidad se presentaron endebles. Tanto la Norma Técnica para la Formación en Especializaciones Médicas y Odontológicas dictada por el Consejo de Educación Superior, mediante Resolución No. 277-2017 y la Norma Técnica para Unidades Asistenciales Docentes, emitida por Acuerdo Interinstitucional No. 4604, no explicaban la razón por la cual los médicos de posgrado deban realizar trabajo gratuito. Es decir, no proveen una explicación racional a la injusticia.

En tal sentido, se empezó a compartir el agravio moral en las redes digitales. Según Georg Simmel (1977), el ser humano tiene el interés de guardar un secreto y de revelarlo, pero la

necesidad de revelar se apoya en la incapacidad de soportar la tensión del secreto. En ese sentido, la necesidad de los médicos de posgrado por usar las redes digitales nace sin afán propagandístico, sino para superar la tensión de guardar el secreto de la residencia médica como espacio de precariedad y abuso.

Las plataformas como Facebook y Twitter se conformaron en espacios para difundir individualmente el coraje y la culpa de aceptar una situación injusta. De esa forma, se configuró un agravio moral colectivo, que se transformó en indignación generalizada.

El proceso de construcción identitaria de los médicos de posgrado partió de la indignación, de los elementos inmateriales (Thompson 1981; Tilly 2019). Esta formulación entra en contradicción con propuestas racionalista de la movilización de los actores. Debido, a que los médicos de posgrado no partieron del conocimiento de sus objetivos, de las oportunidades políticas y las demandas (Tilly 1998). Más bien, se expresó como un creciente involucramiento en la acción colectiva, a partir de emociones o valoraciones que se tejieron en función de determinaciones morales. En los términos de Barrington Moore (2007, 18) fue esencialmente el coraje hacia la injusticia, respecto de una situación, que formó una conciencia afectiva y moral de los sujetos (Thompson 1981).

1.7.1. Becarios y autofinanciado: la identidad formada, las redes de cooperación y el repertorio de lucha

Las redes digitales como un espacio de difusión del coraje fueron esenciales para compartir el sentido y la experiencia del agravio moral (Moore 2007). De tal forma, que se construyó la identidad política de los médicos de posgrado. Se operó un proceso de clasificación entre los médicos, se distinguió el grupo de becarios y autofinanciados. Se dio cuenta de un grupo altamente complejo, pero con una experiencia compartida. En ese camino, se formuló el repertorio de lucha, que unificó las diferentes perspectivas y problemáticas de cada subgrupo.

Las redes digitales, principalmente Facebook, ocuparon un rol fundamental en el proceso de constitución de identidad política, hasta que resultó en un proceso organizativo (Tilly 2019). Por un lado, se reveló la situación de injusticia, que llevó a dar cuenta de experiencias compartidas y, más tarde, desencadenó la organización de un grupo reducido de médicos, se formó la Sociedad de Médicos Posgradistas (SMP). Todo esto contribuyó a dotar de organicidad al movimiento de médicos de posgrado.

Las redes de cooperación que se formaron entre los médicos de posgrado, fueron sobre todo digitales. Se establecieron grupos de Facebook y WhatsApp. De esa forma, se instituyeron estructuras más o menos formales, que empezaron a expresar acciones movilizadoras.

Esencialmente, se enfocaron en darle perdurabilidad a la discusión acerca de las condiciones materiales, pero con el tiempo se convirtieron en instrumentos de acción y movilización.

La emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, se convirtió en la oportunidad política para incrementar las posibilidades de impacto en la acción-movilización y para la realización del repertorio de lucha. La acción fue más reactiva y respondió a la coyuntura. El repertorio de lucha se enfocó en la conquista de la compensación económica y el fin de trabajo gratuito. Asimismo, el reconocimiento de la calidad de trabajadores y no solo de estudiantes (Tilly 2019; 1998).

1.7.2. Me gusta, no me gusta, las reacciones como síntoma de disputa del sentido

Desde la perspectiva de Gramsci (1980), el sentido común es una institución poco compleja, sobre la cual se asienta una razón empírica, con poca capacidad reflexiva, que está imposibilitada de presentar una conciencia profunda de los fenómenos. Esta falta de reflexión contribuye a perpetuar el sistema de dominación. Según Gramsci (1965), solo a través de la alteración del sentido común puede producirse un cambio en el orden establecido. Esto implica crear un espacio de debate donde se fomente la reflexión crítica de las masas, lo que a su vez permite la formulación de una reforma tanto moral como intelectual.

De acuerdo a los médicos de posgrado, la residencia médica se define como un mecanismo de reconocimiento académico y laboral. Se procura formar en la práctica a los médicos y generar mejores condiciones laborales a futuro. En ese sentido, la residencia médica es una elección individual que representa esfuerzo por alcanzar el éxito académico y laboral.

Sin embargo, los médicos de posgrado han expresado condiciones materiales de las residencias alejadas del sentido común de la práctica clínica. El agravio moral cuestiona por medio de la observación directa de la realidad el significado de la residencia médica, posibilitando la conciencia profunda del orden médico hospitalario.

Las críticas basadas en observaciones directas describieron la situación real de los médicos, provocando una reevaluación del propósito de la residencia médica. Estas experiencias desafiaron las ideas convencionales y pusieron en primer plano la vivencia directa de los médicos de posgrado.

En términos de Gramsci (1965), se evidencia una transformación moral respecto a las residencias médicas. En este contexto, las emociones juegan un papel esencial en este proceso de cambio moral. Las experiencias personales de los médicos, compartidas en plataformas digitales, activaron la habilidad de las personas para dar significado y comprender mejor la situación.

La apuesta de los médicos de posgrado fue construir disonancia respecto de la norma general, que reconoce a la residencia médica como una forma de alcanzar éxito profesional y académico (Hochschild, 1979). En tal sentido, compartir en redes digitales se convirtió en una provocación para la puesta en marcha de las emociones y las expectativas previas de los observadores.

1.7.3. Las publicaciones académicas llevan el debate a la esfera pública, se forma el contrapúblico contestatario

La disputa del sentido se empieza a formular a partir de la integración de las emociones al agravio moral de los médicos de posgrado, a través de las redes digitales. Pero, también existe otro elemento que actúa como mecanismo de disputa: las investigaciones y publicaciones académicas.

En primer lugar, se presentan investigaciones y publicaciones sobre las extensas jornadas de trabajo en los hospitales y los efectos que producen sobre los cuerpos de los médicos, empiezan a presentarse investigaciones acerca del síndrome de *burnout* o desgaste profesional, episodios de depresión, multiplicación de error médico y suicidios (Calvopiña y López 2017) (Rodríguez 2018). Particularmente, se concentran en la relación contractual que se establece en las residencias médicas, la insuficiencia económica, la inseguridad laboral y la vulnerabilidad.

Estas publicaciones se presentan en diferentes revistas académicas, produciendo contenido para la resignificación de las residencias médicas. Asimismo, redefine el carácter privado de las residencias médicas, dejando de lado la elección personal de realizar una especialización médica, para ser tratadas las condiciones de precariedad y abuso en la esfera pública (Fraser 1999).

En ese sentido, las publicaciones sirven como instrumento, para formar un contrapúblico contestatario, que disputa el sentido de la residencia médica contra la visión hegemónica (Fraser 1999). La reforma moral impulsada por los médicos de posgrado, a partir del agravio

moral difundido, publicado y compartido en redes digitales, es afirmado por un grupo intelectuales orgánicos, capaces de ocupar los espacios de la esfera pública (Habermas 1992), para llevar el debate sobre la necesidad de una elevación civil de este grupo (Gramsci 1965).

1.7.4. Negociación y disputa: la lucha por los derechos de los médicos de posgrado

Por un parte, Tilly (2019; 1998) entiende que la acción colectiva no puede estar separada de los intereses comunes, la organicidad, la movilización y la oportunidad política. Los médicos de posgrado han logrado provocar un movimiento de acción colectiva, cuestionador de las condiciones de las residencias médicas y de su sentido.

Por otra parte, según Tilly (2004), los derechos son reclamos legítimos que surgen como resultado de enfrentamientos históricos entre diversos actores sociales. En este contexto, los derechos se originan a partir de diversos repertorios de acción colectiva, emergen de organizaciones más o menos consolidadas y se materializan mediante la formulación de demandas sociales que influyen en aquellos con el poder de recompensar o sancionar, teniendo un impacto significativo en terceros involucrados.

Los médicos de posgrado, mediante la creación de estructuras organizativas más o menos consolidadas y un repertorio de estrategias de lucha, han abogado por el reconocimiento de su estatus como trabajadores y la compensación económica por su labor. Su esfuerzo se encamina hacia la obtención de derechos sociales, siguiendo la perspectiva planteada por Marshall (1998), que considera estas luchas como mecanismos para asegurar los derechos laborales, especialmente en el ámbito de la salud.

El movimiento de los médicos de posgrado busca una integración más equitativa en un entorno hospitalario regido por las condiciones del capitalismo, como lo indica Marshall. La Ley de Apoyo Humanitario, promulgada el 22 de junio de 2020 y que establece una compensación económica para estos profesionales, se interpreta como parte de este proceso de negociación. Esta ley representa no solo un intento de recompensa a su labor, sino también una vía para su inclusión en el marco regulado por el Estado en los hospitales.

No obstante, con el paso del tiempo, la pandemia de COVID-19 ha disminuido las oportunidades políticas, afectando tanto la identidad colectiva como las relaciones sociales entre los médicos de posgrado. Esta situación ha generado una especie de calma, que el Estado ha respondido con inacción al no ejecutar los términos establecidos por la ley, lo que se percibe como una suerte de castigo ante las expectativas no cumplidas.

Capítulo 2. Marco teórico

2.1. Introducción

En esta sección, se presentan los elementos teóricos que servirán para establecer el modelo analítico que se utilizará para estudiar las residencias médicas. Para este trabajo se tomarán aspectos del marco teórico de la Sociología de la Práctica Médica Autoritaria trabajada por Roberto Castro y Joaquina Erviti (2015), que abordan la violencia obstétrica, la anticoncepción inducida y los derechos reproductivos, desde la perspectiva bourdieuseana del campo y el habitus médico.

Para este trabajo como para la investigación de Castro y Erviti (2015), la cuestión gira alrededor de las condiciones de posibilidad del autoritarismo médico y su incorporación en el sujeto. De tal forma, que para construir un modelo analítico que permita un estudio sociológico de residencias médicas se requerirá construir sociológicamente el objeto desde las variantes de la problemática. En ese sentido, interesa construir el modelo analítico desde la perspectiva de un proceso de subjetivación. De esa forma, se tratará de analizar la construcción identitaria de los médicos posgradistas frente a las residencias médicas.

Por otra parte, reconocer las tecnologías del poder y tecnologías del yo (Foucault 1990), que se manifiestan en mecanismos disciplinarios o de control. Asimismo, la disciplina en las residencias médicas actúa como mecanismo de saber-poder, que singularizar individuo frente un ordenamiento productivo, al que asiste sometido y humillado, de esa forma se abordará la forma que incorpora el médico posgradista el sentido productivo del orden hospitalario. De esa manera, el individuo naturaliza y reproduce el mismo orden.

2.2. De la sociología de la práctica médica autoritaria y algo más

En el medio hospitalario, se da prioridad al control y la vigilancia, estableciendo relaciones de poder que configuran la identidad de los individuos o *self* (Goffman, 1994). Estos elementos permiten identificar las diversas tecnologías del yo presentes en las interacciones entre personas. Asimismo, en el ámbito de la interacción social, se observa la microfísica del poder, donde las acciones desplegadas en un contexto específico, como el medio hospitalario, constituyen un performance o una representación del yo, reflejando un *frame* (Goffman, [1974] 2006).

Retomando a Erving Goffman ([1974] 2006), se tratará de reconocer el orden de significados que producen el efecto de subjetivación de los médicos posgradista. Específicamente, son determinadas manifestaciones, interacciones, sentimientos, motivaciones, etc., que implican diferentes significaciones en el orden de interacción.

Como señalan Castro y Erviti (2015), el medio hospitalario se funda en la construcción de relaciones de poder, que se traducen en tecnologías del yo, que se interiorizan en el cuerpo y la mente de los individuos, denotando procesos de saber hacer y saber ser. En este mismo sentido, el poder disciplinario no sólo representa la fuerza represiva del Estado, ni del *estatu quo*, sino que se convierte en una fuerza creativa capaz de incorporarse en el cuerpo, así como en las diferentes esferas de la vida, produciendo efectos de subjetivación que permiten la legitimación y la reproducción de las mismas relaciones de poder.

Para Castro y Erviti (2015), es al nivel de las interacciones microsociales donde se puede rastrear las relaciones de poder, desde la perspectiva de la producción y reproducción de significantes, que aparecen en la interacción social y que constituyen órdenes de significados al punto que permiten definir el sí mismo o el *self* de los individuos.

En este trabajo, se tratará de aportar unos elementos adicionales a este marco teórico. En particular, se considerará que el proceso de subjetivación tiene limitaciones, debido a que la representación de sí mismo o el yo en el medio hospitalario no es completa. Debido a que puede existir distancias de rol, que se manifiestan como el apareamiento o la irrupción del trasfondo escénico o *backstage* (Goffman 1994). Estos patrones específicos que son observables y analizables desde la sociología están vinculados a situaciones particulares dentro de la dinámica de interacción o el contexto en el que se desenvuelven (conocido como frame). Sin embargo, estos patrones no forman parte intrínseca o esencial de la naturaleza del individuo.

Por otra parte, según Castro y Erviti (2015) para establecer una vinculación analítica de los conceptos de Foucault y Goffman se requiere trabajar las categorías de campo y habitus de Bourdieu (2000). De tal forma, que dé cuenta de la configuración del campo médico como un conjunto de instituciones y actores, que mantienen diferentes relaciones de fuerza, para conservar, transformar o adquirir una forma de capital específico propio del medio hospitalario. En ese sentido, el capital médico se traduce en esquemas de dominación, prácticos y epistémicos, que eventualmente pasan a ser parte del campo médico. De esa manera, los autores consideran que tanto las instituciones como los actores, es decir los

hospitales, los centros de enseñanza, los profesores y los estudiantes, son parte del campo que produce una serie de subjetividades que pueden resumirse en el habitus médico.

Según Castro y Erviti (2015), el habitus médico son predisposiciones estructurantes, que se incorporan al cuerpo de los actores, pero que pueden ser leídas como estructuras objetivas del campo médico. Estas predisposiciones pueden ser rastreadas a nivel de los profesionales de la salud y en particular en los médicos. Para esta tesis, se plantea que éstas de estructuras pueden ser observadas entre los médicos posgradistas, a través del saber ser y el saber hacer de la residencia médica. Las predisposiciones son parte constitutiva de la práctica clínica y producen conductas que hacen parte del sentido común de los médicos posgradistas, que más tarde reproduce en el mismo habitus médico.

Asimismo, Castro y Erviti (2015) consideran que se puede encontrar una continuidad del habitus médico, que comienza a desarrollarse en la formación universitaria de pregrado, en las facultades de medicina, que se consolida en la residencia médica o en los años de especialización en los hospitales y más tarde son el denominador común de la relación autoritaria de los médicos con sus pacientes y entre sus compañeros. De esa manera, existe una vinculación estructural entre la experiencia del abuso, las recriminaciones, las descalificaciones, el etiquetamiento, la jerarquía y la precariedad. Todos elementos que hacen parte de la cotidianidad de los médicos posgradistas, que serán incorporados en la práctica profesional a través del habitus médico.

2.3. La institución, el poder disciplinario y el yo

La obra de Goffman (1994) resalta que las instituciones modernas se caracterizan por establecer sistemas de vigilancia y control, generando una redefinición de los espacios en la vida diaria. Desde su óptica (Goffman, 2001), estas instituciones provocan una interrupción en la dinámica social al burocratizar las actividades cotidianas de sus integrantes. Esto conlleva a una estructuración precisa del orden interactivo, donde se impone una secuencia jerárquica de actividades. En palabras de Foucault (2003), esto surge como resultado de un ejercicio de poder disciplinario.

Según Goffman (2001), ciertos entornos residenciales o laborales implican que un grupo de personas se vean aisladas durante un período específico, compartiendo una rutina gestionada de manera burocrática. Estos entornos conforman lo que Goffman denomina instituciones totales, como, por ejemplo, asilos, hospitales y centros psiquiátricos. Estas instituciones

comparten características definitorias, tales como la concentración de múltiples aspectos de la vida cotidiana en un único espacio y una realidad común, así como la implementación de un plan administrativo diseñado para alcanzar objetivos institucionales.

Para Goffman (2001), al definir las instituciones totales, como las instituciones carcelarias, psiquiátricas y médicas, queda establecida la relación con Foucault (1980). Para este último, en las instituciones se pueden identificar relaciones de poder, que se constituyen en tecnologías del yo o como mecanismo que construyen actitudes. Para Foucault (2012), en las instituciones modernas actúan dispositivos de control y disciplinamiento, que actúan como modeladores del ser. De forma que se regulariza o normaliza la vida de los individuos sometidos a estos mecanismos. En instituciones totales, las dimensiones de la vida se regulan bajo la única autoridad, que establece un plan administrativo y un orden jerárquico del orden interactivo. Esta única autoridad es un poder disciplinario, cuyo código es la normalización de dispositivos de disciplinamiento o tecnologías del yo, que actúan como mecanismos del saber hacer y del saber ser.

Las tecnologías del yo se ejercen sobre el cuerpo directamente. Según Goffman (1994), el yo es el resultado de la interacción social, el sí mismo es un proceso de constitución del self/yo, que aparece como la representación o la manifestación de un performance, en un escenario determinado.

Para Foucault (1978), desde una mirada arqueológica, las condiciones de posibilidad que permitieron el surgimiento de la medicina moderna tienen relación con la reorganización del hospital, así como del aprendizaje, la enseñanza y la observación. En ese sentido, para el nacimiento de la medicina moderna fueron necesarios órganos de control, que permitieran la práctica profesional de la medicina, de forma que se requirió de un procesamiento técnico y una matriz epistemológica que proporcionen la reformulación de la medicina, dotando al medio hospitalario de mecanismos de ordenamiento. De esa forma, según Foucault (1980), con la reorganización racional del espacio de forma funcional pero también de forma pedagógica, se posibilitó la incorporación del orden dirigido por un poder autoritario. Por un lado, la disposición de los objetos del saber y los mecanismos del ser son más que una forma de coacción, detrás de esta propuesta se puede encontrar no solamente una perspectiva opresiva, sino que subyace una inteligencia pedagógica, que procura desarrollar la capacidad de controlar los cuerpos.

Para Foucault (2012), si bien es importante la noción de castigo, ésta no tiene un sentido estrictamente violento, no se refiere a la coacción exclusivamente. Sino que, el autor se refiere al castigo desde una perspectiva más útil, es decir subraya la necesidad de una dosificación pedagógica, que permita no sólo ejercer influencia de manera directa sobre los cuerpos, sino que se procura el despliegue de formas de disciplinamiento, que aparecen como sutilezas que permiten la incorporación del orden y las formas de castigo en el cuerpo. En ese sentido, la teoría foucaultiana permite estudiar los micropoderes que subyacen en el orden social como legitimadores. Para el autor, en toda relación social subyace una condicional cinética de distribución del poder, los micropoderes pueden circular desde las formas de hacer y saber. En esa perspectiva, la microfísica del poder puede ser identificada al nivel del discurso, como de las prácticas. Así, donde existe un ejercicio del saber y prácticas sociales existen también ejercicio del poder, distribuido asimétricamente y configurado en función del principio de legitimidad o justificación del orden social existente.

Foucault describe el poder disciplinario como una distribución asimétrica del poder que busca legitimar y mantener el orden establecido en términos modernos (Santiago, 2017). Este poder, en contraste con las sociedades premodernas, no se manifiesta a través de un control violento y minucioso del cuerpo por parte del Estado, sino que se logra mediante la sujeción de las fuerzas individuales a una relación de docilidad y utilidad (Castro y Erviti, 2015). La 'docilidad' se refiere a la disposición del individuo para someterse y adaptarse a las normas y expectativas impuestas por las estructuras de poder. Implica la capacidad de ser moldeado y controlado por estas estructuras, permitiendo así su supervisión y moldeamiento. Por otro lado, la 'utilidad' está relacionada con la capacidad del individuo para ajustarse y ser funcional dentro del orden impuesto por esas estructuras de poder. Esto implica la adaptabilidad del individuo a los roles y expectativas sociales, contribuyendo así al funcionamiento y reproducción de las estructuras de poder existentes. En síntesis, la docilidad y utilidad representan la disposición del individuo para someterse y ajustarse al control de las instituciones de poder, permitiendo su adaptabilidad y funcionalidad dentro del orden social establecido.

En la sociedad premoderna, el objetivo era encarcelar a los individuos, manteniéndolos como un cuerpo homogéneo. En la era moderna, en cambio, cada cuerpo es tratado de manera individualizada a través de métodos de control. Foucault distingue la masa indiferenciada de la etapa premoderna del cuerpo del individuo diferenciado, que es controlado de manera casi mecánica por un poder minucioso (Baudrillard, 1978).

Foucault (1980; 2012) explica cómo esta creciente individualización y control se logra mediante mecanismos panópticos de vigilancia, control y sanción. Estos mecanismos operan de forma invisible, ejerciendo un disciplinamiento corporal a través de procedimientos de normalización. El poder disciplinario moderno se fundamenta en una vigilancia permanente y omnipresente capaz de moldear y controlar el comportamiento humano.

Pero para Foucault, este procedimiento de normalización puede ser una acción semiconsciente, debido a que el sujeto se sabe vigilado y racionaliza el riesgo del castigo. La disciplina fábrica cuerpos dóciles, parte de la reproducción del sistema. Desde esta perspectiva, la sanción normalizadora es funcional a la dominación social. Más que una acción policial sobre los cuerpos lo que el autor se plantea es la diversificación de técnicas disciplinarias, que garantizan la ordenación y dominación social (Santiago 2017).

Juntando a Goffman (1994) respecto de la constitución del *self*, se aproxima a la perspectiva foucaultiana del cuerpo, debido a que la estructuración de la experiencia social organiza un código de significación, es decir los aspectos simbólicos y prácticos se presentan como manifestaciones microestructurales ancladas a un *frame* de experiencia. En ese sentido, tanto para Foucault y Goffman, la proyección de estos códigos (mecanismo de control y disciplina) apuntan a la constitución de la normalidad.

Existe un nivel interpretativo en el proceso de subjetivación que deja abierta la posibilidad de juntar a Foucault con Goffman, se refiere a la duda perceptible del saberse vigilado y la incorporación de riesgo del castigo, que definen las sanciones disciplinarias y que pueden dar cuenta de formas de actuación del individuo, de acuerdo a marcos interpretativos, que se delimitan en una *strip* o franja de la vida cotidiana, en la cual el individuo organiza su experiencia, comprensión e interpretación de signos y prácticas para realizar un performance que le permita adaptarse a la normalidad constitutiva del *frame*.

2.4. Las tecnologías del yo y las formas de intervención del cuerpo y el performance

Al tratar de entender la construcción de la subjetividad desde la perspectiva de Foucault y Goffman es necesario reconstruir los elementos que se relacionan específicamente y que pueden constituir un puente para el entendimiento de las dos teorías. En ese sentido, de acuerdo Foucault (1979) y Goffman (1994), las interacciones cara a cara o entre individuos permiten entender la microfísica del poder. Es decir, las técnicas específicas que permiten a

los individuos entenderse a sí mismo. Para Foucault (1990), el entenderse a sí mismo y a los otros es un ejercicio mediado por tecnologías.

Para Foucault (1990) existen cuatro tipos de tecnologías: a) las tecnologías de producción, que otorgan al individuo la capacidad de producir, transformar y manipular su entorno, b) las tecnologías simbólicas o de signos que abordan la utilización de los significados, los sentidos y los símbolos, c) las tecnologías de poder que condicionan el comportamiento de los individuos de acuerdo afines; y, por último d) las tecnologías del yo, que produce la individualización, así como la operación de conductas sobre el cuerpo, que permiten alcanzar el sí mismo, a través de pensamientos, formas de ser, sentimientos, etc.

Foucault (1990) argumenta que las diferentes tecnologías del poder no existen de forma aislada, sino que están interconectadas y configuran un tipo específico de dominación. Según él, cada tecnología representa un proceso de aprendizaje, transformación o modificación del individuo. Foucault sugiere que la interacción entre uno mismo y los demás permite reconocer genealógicamente o arqueológicamente la práctica humana; el auto-reconocimiento no se limita a la sumisión o dominación, sino que incluye el gobierno de sí mismo, otorgando mayor importancia a la resistencia (Gil, 2018).

En su visión, durante el proceso de formación de la identidad, los cuerpos modernos se encuentran sometidos a una normalización mediante mecanismos de control, como las prohibiciones. No obstante, el gobierno de sí mismo permite desafiar la conformidad de los cuerpos y la definición identitaria en forma de resistencia. Esta lucha interna evidencia la peligrosidad percibida desde el exterior, que intenta convertir al cuerpo en objeto mediante técnicas de normalización. La resistencia en el individuo puede encarnar lo que Goffman denomina como la “distancia de rol”.

Para Foucault (1990), las tecnologías no sólo son formas del sí mismo, sino también técnicas que permiten por cuenta propia y con ayuda de otros proceder de formas particulares sobre el cuerpo de uno mismo, sobre sus pensamientos, sus conductas o formas del ser. Según Foucault (1990), la forma de descifrar al sujeto requiere de una permanente tensión entre la representación del yo, los impulsos y los actos permitidos y prohibidos. Es decir, en el individuo subyace una pugna entre el sí mismo y el gobierno de sí mismo. De esa manera, aunque existe un proceso de adquisición de ciertas habilidades, sentidos o actitudes también existen formas paradójicamente de renunciar a ese sí mismo.

En relación a ese aspecto, Goffman (1994) entiende que la acción social, es decir la interacción entre sí mismo y los demás, es una acción social ubicada, con lo cual el sí mismo no se presenta tal cual es en todos los espacios de socialización. Todo lo contrario, toda manifestación del yo es un acto de representación, en dónde el sí mismo actúa de acuerdo al orden interactivo. De esa manera, toda acción social es una performance o una representación del yo, constituida subjetivamente en los marcos de la interacción. De esa manera, el yo despliega el sí mismo en los términos de las tecnologías del yo, es decir a través de convenciones habilitadoras, que producen la cooperación efectiva del yo en el ámbito del despliegue de la individualidad. Según Goffman (1994), el conjunto de tecnologías del yo serían convenciones habilitadoras o cooperación efectiva y el ámbito de despliegue que definen a la fachada.

Según Goffman (1994), la fachada personal no es una construcción arbitraria sino un equipamiento expresivo estandarizado, es decir la caracterización del individuo determinada por una situación específica dada, en donde se habilitan las tecnologías del yo, que permite revelar las convenciones habilitadoras para la acción situada o ubicada.

2.5. Las tecnologías del yo y la identidad del individuo

Foucault (2003) identifica el poder disciplinario como generador de dispositivos y mecanismos de control que ejercen una influencia significativa en la conducta de los individuos. Estos dispositivos buscan regularizar y normalizar la vida de aquellos sometidos a su influencia. Además, dichos mecanismos no solo imponen una forma de comportamiento, sino que también habilitan patrones de aprendizaje y el desarrollo de habilidades específicas que configuran la actitud del individuo frente a determinadas situaciones. En resumen, estos mecanismos disciplinarios moldean y configuran la conducta y la actitud adoptada por los individuos que se encuentran bajo su influencia.

Por un lado, según Foucault (2003), la disciplina representa una relación de saber-poder, que se ejerce sobre el individuo, con la finalidad de fabricar cuerpos dóciles y útiles al orden productivista. En primera instancia, este poder disciplinario se ejerce desde afuera, en forma coactiva y heterodirigida, dando lugar a las tecnologías del poder. El sujeto se constituye mediante prácticas reales y simbólicas, complejas y múltiples que cambian a lo largo de la historia: juegos de verdad, prácticas de poder, etc. Las tecnologías del yo constituyen una *cultura del sí*, que puede ser rastreada a nivel micro-sociológico (Castro y Erviti 2015).

Desde la perspectiva de Foucault (1990), las tecnologías del yo son el resultado de las reflexiones acerca de la articulación entre las tecnologías del poder y el en sí mismo. En ese sentido, para Foucault, las tecnologías del poder pueden determinar conductas individuales, de forma que hay una objetivización del sujeto, pero frente a esta tecnología opone las tecnologías del yo como mecanismos que permiten al individuo conservar de cierta forma su capacidad de agencia. En ese sentido, en el intersticio entre las tecnologías se ubica las tensiones y fricciones que producen el yo, es decir entre el gobierno de sí mismo y el de los otros se forma la subjetividad individual. En este nivel se despliegan los modos en que los individuos operan sobre sí mismo, producto del funcionamiento de las tecnologías del poder, pero también como consecuencia de la capacidad de agencia, que conservan, en razón de las configuraciones de las tecnologías del yo.

Las tecnologías del yo conducen a la gubernamentalidad de sí mismo de ahí que para Foucault (1990) existe una relación de oposición entre libertad y poder, incluso se puede pensar que existe una relación dialéctica entre interioridad y exterioridad. Esta dialéctica es a su vez la presentación de una misma realidad, en donde el individuo se ubica entre el poder y los efectos de su dominación y la libertad de sí mismo. Entonces, la cuestión que deviene con posterioridad es cómo se produce el sí mismo de los sujetos. Para Foucault, más que una pregunta de investigación resulta ser una pregunta retórica, que permite visibilizar los elementos del consenso, el autocontrol y la regulación como prácticas de subjetivación, que no están muy alejadas del poder, pero tampoco de la libertad. En esa misma línea, el autor retoma el concepto de la *inquiétude de sí* y el *conocimiento de sí*, reconociendo que la *inquiétude de sí* es propia de las sociedades modernas, que se refiere a un estado político, que visibiliza la relación con el otro de forma vertical y asimétrica.

Para Foucault (1990), la *inquiétude de sí* permite reconocer al individuo y su pertenencia a la comunidad humana, pero también las reglas del compromiso social. En ese sentido, cuando la *inquiétude de sí* pasa a ser parte del gobernarse a sí mismo, como una figura subjetiva, donde la racionalidad liberal gestiona individualmente los cuerpos, las prácticas de sí responden más a la exigencia del entorno social, que a la libertad individual.

Por otro lado, Foucault (2003) sostiene una capacidad de exigencia y rendimiento casi totalizante del poder sobre el individuo, pero reconoce que se han diseñado empresas mucho más complejas de dominación, que requieren del consenso activo del individuo, así como, de la operación de la lógica racional. En ese término, se puede pensar que, para Foucault, el yo es el producto activo, responsable casi auto referenciado, hecho a sí mismo por efecto de las

tensiones de las tecnologías del poder y del yo. En ese sentido, la interioridad del individuo en apariencia se muestra como es, pero puede ser más la representación espectacular de la intimidad o más bien la presentación gestionada de sí mismo. Así, la *inquiétude de si* puede convertirse en una forma pedagógica de construcción identitaria del yo. Así, por ejemplo, la precariedad, el abuso, el acoso sexual, etc., pueden convertirse en formas constitutivas del yo y aparecer representadas por el yo.

2.6. Representación del yo, el *frame*

Para Foucault (1990), la constitución de yo es una disputa entre el sí mismo y el para los otros, combinado con el proceso de incorporación de las tecnologías del poder y las del yo. En ese sentido, la tensión que existe o subyace entre el poder y la libertad, sería un acto de representación del yo. En esa representación el yo estaría marcado por el contexto en el que se despliega.

Se puede observar que existen coincidencias con la perspectiva de Goffman (1994). En especial, respecto de la acción social o de la interacción cara a cara, pues para el autor el individuo emerge de la interacción social, como producto de la tensión dramática, es decir de la representación en un marco interpretativo. Para Goffman (1994), el yo/*self* sería la consecuencia de un acto de representación o actuación, en una *strip* o franja de vida cotidiana.

Según Goffman (1994), la actuación de un individuo está influenciada por diversos elementos que habilitan y moldean su comportamiento en un determinado escenario. En este sentido, el *frame* o marco de interpretación se refiere a un conjunto complejo de signos, símbolos, sentimientos y normas que otorgan significado a la representación del yo en dicho escenario. Este marco es el entorno en el cual los individuos interactúan dramáticamente, donde se entrelazan tanto los mecanismos de control y disciplina como las decisiones libres, espontáneas y arbitrarias.

Esta perspectiva permite explorar una conjunción analítica entre los modelos de Foucault y Goffman. Por un lado, se evidencia cómo el individuo se constituye como resultado de la intersección entre diversos dispositivos o tecnologías que participan en la producción o reproducción del orden social. Por otro lado, se resalta la influencia de las tecnologías del yo, las cuales permiten que el individuo se configure como una identidad autogestionada, capaz de ejercer cierto control sobre su propia formación y desenvolvimiento en el entorno social.

Por otra parte, Goffman (1994) señala que para encontrar al individuo se debe aproximar a través de la manifestación social más próxima, como la interacción cara a cara, de donde emerge el individuo. En la actuación del yo, en la interacción cara a cara, se pueden rastrear las diferentes tecnologías del poder y del yo. Para Goffman (1994), existe una tensión en la representación del yo, ésta tensión se manifiesta como el yo que espontáneamente deseamos ser y el que esperan los otros. De esa forma, surge la idea de audiencia sociales, es decir el yo se representan función de la audiencia para la que se actúa. En ese sentido, el *yo/self* no es una constitución subjetiva totalizante, sino es el producto de la interacción dramática entre el yo y la audiencia en la que se presenta, así como del marco interpretativo con el cual se entiende la representación del yo. Es decir, para Goffman, el *self/yo* no es una posición ni una configuración propia del actor, sino un producto de la interacción dramática. Así, los individuos se presentan frente a una determinada audiencia con una concepción específica del *self/yo*, que puede ser reconocida, pero a la vez aceptada por la audiencia.

Para Goffman (1994), los individuos en su actuación son conscientes de las perturbaciones de la representación, por lo tanto de las formas de destrucción de la representación del yo en las audiencias. Así, el yo no puede estar alejado del *frame* de su audiencia, pues debe controlar la audiencia a partir de la disuasión de elementos destructores, que pueden cuestionar su pertinencia en la interacción dramática con una audiencia. De ahí que, Goffman (1994) defina a la experticia en la representación del yo como el arte de manejar las impresiones o la capacidad de los actores para desarrollar técnicas para sostener la impresión de una audiencia. Desde la perspectiva dramática, Goffman considera que existen dos elementos dentro de la interacción dramática: la fachada personal y el medio.

El medio es el escenario físico, en donde los actores realizan su actuación. Por ejemplo, en el caso de los médicos, puede definirse como la sala de emergencias o el quirófano. Por otro lado, estaría la fachada personal que se refiere a la función escénica del actor, respecto de sus capacidades de expresivas frente a la audiencia. Es decir, del manejo de los componentes que hacen el marco interpretativo o el *frame*, que se espera sean representados como parte de la dotación expresiva del actor en un medio específico. Así, por ejemplo, el mandil o los instrumentos médicos, así como los conocimientos de los especialistas médicos en medio de una operación. Pero también, los modos del ser, los procedimientos que son síntomas de un tipo de actuación apegado al medio (Goffman 1994, 2006).

Por otro lado, Goffman (1994) considera que las fachadas, tanto el medio como la fachada personal, se transformaban en representaciones colectivas. Asimismo, se institucionalizan de

tal forma que ocurre un proceso de estructuración de las fachadas, que pasaban a definir la actuación de colectivos humanos. Esta noción estructural del yo permite entender las variaciones de la actuación del individuo.

Según Goffman (1994), el *self*/yo trata de ocultar los errores en su actuación, no necesariamente se refiere a mostrar sólo lo bueno, no existe una valoración axiológica respecto a los errores, sino que se refiere al desencajamiento de la representación con respecto al marco de interpretación. En ese sentido, el individuo puede callar humillaciones, insultos o abusos como producto de la intencionalidad de ocultar los errores, que pueden perturbar la actuación o que interfieren con la impresión que se está transmitiendo a la audiencia.

Por otra parte, Goffman (1994), considera que la tensión dramática, es decir la relación entre el actor y la audiencia, tiene relación con el grado de implicación entre los dos. De hecho, según el autor es muy fácil que la audiencia sostenga la imagen idealizada del actor. Asimismo, que se puede mistificar la actuación, tratando de distanciar socialmente a la audiencia creando una lógica del respeto, debido a la limitación del contacto entre el actor y la audiencia. Por ejemplo, suele ser recurrente en las profesiones médicas o entre los abogados la distancia solemne de la práctica profesional. Sin embargo, señala el autor que la distancia suele ser un agregado para construir la credibilidad en la audiencia. Por lo general, una vez que se ha implicado la audiencia en la actuación siempre guarda la distancia con el actor, para mantener la fachada. En ese aspecto, Goffman (1994) considera que la lealtad dramática o la disciplina dramática es consciente, que la actuación del individuo responde a los medios, que considera que existen formas de disciplinamiento dramática, que impiden alejar al actor de la representación del yo o de la fachada. Es decir, la disciplina dramática tiene relación con mantener el autocontrol, es decir poner en ejecución las tecnologías del yo y del poder (Foucault 1990).

Según Goffman (citado en Manning y Cullum-Swam 1992), el *self*/yo tendría al menos dos caras: una dispuesta para la actuación y la otra un cínico oculto. En el cínico oculto empieza a manifestarse la distancia del rol. De acuerdo a Goffman, el concepto de distancia de rol se refiere a la distancia entre el *self* de la actuación y el *self* oculto. En este aspecto, el autor considera que esta distancia de rol también actúa en función de la implicación del rol o de la actuación, es una tensión del conjunto de la representación del yo, pues es ahí donde se puede identificar las disensiones entre las actuaciones.

2.7. El trasfondo escénico, *backstage*, el campo y el *habitus* médico

Como se puede observar en apartados anteriores, Goffman (2006) deja de lado el interaccionismo simbólico para dar cuenta de un análisis estructural. El autor señala, por ejemplo, la tendencia institucionalizadora de la dotación expresiva y escénica de los individuos, de tal forma que consideró la existencia de pequeñas estructuras de la vida social, tales como: la fachada, el trasfondo escénico, las audiencias y el efecto de implicación con la audiencia.

Por otro lado, Goffman (1970), consideró que las estructuras actuaban como *frame* que permitían localizar, percibir, identificar y etiquetar las actuaciones en espacios de la vida cotidiana. Para dar significado a la actuación del individuo, también como forma de ordenamiento de la experiencia, de los símbolos, de los signos, de los eventos, de ocurrencias de los individuos. Es decir, estas formas de ordenamiento aparecen como armazones (Gonos 1980), que son fundamentalmente reglas o normas que condicionan la interacción. Estos armazones pueden ser inconsciente, no negociables, pero posibilitan la interpretación o la significación de la actuación del *self*, por lo tanto, la interpretación de la actuación desde el exterior.

La constitución del *self* se realiza en base a marcos, que estructura la experiencia en una franja de actividad. En el proceso estructuración de la experiencia social se organiza un código de significación, que reúne los aspectos simbólicos, pero también prácticos que expone la naturaleza de la actuación del individuo. Los códigos del *self* son manifestaciones microestructurales que sean anclan a un *frame* de la experiencia, es decir a un ordenamiento de los significados (Chihu 2018).

Por otra parte, las macroestructura o marcos de experiencia se expresan en forma de rituales, que son rasgos de formalidad u orden de litúrgico, que definen un código que delimita las acciones dentro de una actividad social (Chihu 2018).

Para algunos, autores como Manning, Cullum-Swam (1992) y Gonos (1980) esta lectura habilita el análisis de predisposiciones definidas y relaciones estables, que configuran la actuación del *self*. En ese sentido, para Goffman, el *frame* no sería el conjunto difuso y contingente o accidental de elementos reunidos en un lapso de tiempo, sino componentes esenciales que definen una fachada, en otras palabras, el orden dramaturgico.

Para Goffman (1994; 2006), también es importante reconocer el trasfondo escénico, como la manifestación cínica del *self*. El trasfondo escénico se revela como la antípoda del *frame*, es

decir existe en una relación dialéctica entre lo exterior y lo interior del orden dramático. El trasfondo escénico se manifiesta como las regiones residuales de la actuación, sin ser la manifestación esencialista del *self*, pero como la corroboración del *self* adaptado a medios y audiencias.

De acuerdo a lo que señala Castro y Erviti (2015), se puede advertir que existe una complementariedad de las teorías de Foucault y Goffman, aunque aparentemente se presentan en oposición, demuestran regularidades analíticas. Para Castro y Erviti (2015), las relaciones de poder pueden ser rastreadas a nivel micro-social, como plantea Foucault, a nivel del sí mismo o *self*, de Goffman. Aún más exactamente en la representación o actuación del yo. El autor afirma, que solo es posible ese rastreo, debido a que el *self*, no es una representación esencialista menos aún psicológica, peor aún fuera de lo social o de la historia. En realidad, según Castro y Erviti (2015), la interacción social permite seguir patrones sociológicamente rastreables, que varían de acuerdo a las instituciones o contextos.

En ese mismo sentido, Castro y Erviti (2015) señala que para una mejor vinculación de categorías foucaultianas y goffmanianas, se requiere de la formulación analítica de Bourdieu. En especial, de los conceptos de campo y habitus. En ese punto, señala que la categoría de campo, permitiría rastrear las disposiciones que se imponen a los actores, en forma de tecnologías de poder o tecnologías del yo, pero también que aparecen en un orden dramático.

2.8. Campo, *habitus* y capital cultural

Para Bourdieu (2000), el habitus se presenta como un conjunto de esquemas de percepción y prácticas incorporadas en el individuo, que son generadas genéticamente a nivel de la trayectoria social del individuo. De esta manera, se forman disposiciones, que se manifiestan en diferentes posiciones del espacio social. En ese sentido, de acuerdo a la experiencia cotidiana, el individuo posee una serie de rasgos característicos que hacen parte de su comportamiento, de forma que actúa de manera similar en diferentes situaciones. Bourdieu (2000), reconoce que la noción de *habitus* tiene un significado más complejo, del que se reconoce como hábito.

Según Bourdieu (2000), los individuos en el espacio social producen un genotipo propio de la posición que ocupan en el espacio social, en donde despliegan los esquemas de interpretación y prácticas incorporadas. Es decir, desde la perspectiva estructuralista del término, el *habitus*

tiene un sentido estructurante, debido a que actúa como una predisposición para la práctica del individuo.

Bourdieu (2000) considera que el habitus actúa como un principio ordenador de la percepción de la práctica, es decir de los esquemas mentales, así como de las disposiciones corporales, con las cuales el individuo formula respuestas coherentes a situaciones o contextos específicos. De esa forma, el habitus puede entenderse como una gramática generativa, sobre la cual se desarrollan otros esquemas, como pensamientos, percepciones y acciones que requiere el individuo para la práctica social en un espacio social determinado.

Para Bourdieu (2000; 1991) es importante reconocer en la categoría de habitus el sentido del juego de lo social. Es decir, es relevante para el autor reconocer que el habitus permite dotar al individuo de un sentido práctico para la socialización, pues le permite reconocer normas, reglas, pero también formas de operar las normas, intereses y relaciones de poder de forma no consciente en el espacio social.

El habitus actúa como la disposición de un sentido práctico, que le permite al individuo actuar en situaciones específicas, sin la necesidad de emplear puramente las normas sociales o leyes. Para Bourdieu (2000), el habitus se define como un sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas, que posibilitan la práctica social de los individuos, en la estructura estructurante.

Para Bourdieu (2000), el habitus es un principio generador y organizador de la práctica en sistemas de representación adaptadas a fines y a las operaciones necesarias para alcanzar esos fines. Según el autor, el habitus no es la consecuencia de una práctica organizada o dirigida, sino que es más el resultado de la experiencia pasada, que no necesariamente es producto de un consenso o acuerdo, sino de condiciones de existencia que van adquiriendo cierta solidez estructural. En ese sentido, está más cercano a la definición saussureana, debido a que reconoce que la posición del individuo dentro del espacio social le permite la proyección de determinadas prácticas sociales, así como del conjunto de recursos materiales y simbólicos de los que dispone. De ahí que, la noción de posición sea relevante para entender el sentido de juego dentro de lo social, pues habilita la categoría de hábitus.

Por otra parte, Bourdieu (2000) define al espacio social como campo. Para el autor, la sociedad está compuesta por un conjunto de relaciones de fuerzas entre agentes e instituciones, pero incapaz de ser homogénea. De hecho, es una sociedad altamente diferenciada y construida por formas específicas de dominio y monopolio del espacio social,

a través de capitales. Por lo tanto, el campo puede ser definido como un espacio social complejo, en donde se relacionan productores, distribuidores y consumidores de un bien. Asimismo, un espacio donde circula un específico tipo de capital, que permite la clasificación, etiquetamiento y posicionamiento del individuo dentro del campo.

En el campo se confrontan diferentes individuos y grupos por ocupar posiciones de privilegio. Esta lucha respecto de la posición dentro del campo está determinada por reglas o normas que permiten la constitución del mismo campo. Como tal, en el campo también se presentan características, reglas e instancias legitimadoras o reguladoras que se presentan como condiciones de posibilidad de existencia del campo (Bourdieu 2000).

Para ingresar al campo se requiere un conjunto de elementos materiales y simbólicos, que permiten el posicionamiento del individuo. El *habitus* imperante en el campo habilita las formas de estructuración y regulación del mismo campo. De esa manera, para Bourdieu (2000), el campo es el resultado de un proceso de formación ligado al *habitus*, pero también con sus propias reglas de juego, en donde el volumen y legitimidad del capital del campo tiene una significación determinante para desarrollo del campo y el posicionamiento de los individuos.

Por otra parte, respecto de la concepción de capital, Bourdieu (2000), define a este concepto como un conjunto de recursos materiales y simbólicos, es decir conocimientos o esquemas de interpretación, así como de prácticas que pueden ser poseídas por el individuo. La posesión de este capital coloca a los poseedores en posiciones ventajosas dentro del campo. Según el autor, existe tres estados del capital: incorporado, objetivado e institucionalizado. Por una parte, el incorporado hace referencia al conjunto de disposiciones subjetivas, como conocimientos, valores e ideas que se adquieren como parte del proceso de socialización.

La adquisición de capital conlleva un límite intrínseco, dado que este capital no puede acumularse más allá de las capacidades inherentes del individuo. Este límite es inherente a la naturaleza del capital que se adquiere. Por ejemplo, el capital objetivado se materializa en bienes que pueden ser adquiridos y acumulados indefinidamente. Este tipo de capital se caracteriza por su tangibilidad y la posibilidad de acumularse en cantidades prácticamente ilimitadas.

Por otro lado, el capital institucionalizado se refiere al reconocimiento del valor propio dentro de un determinado campo por parte de instituciones políticas o sociales. Este reconocimiento otorga al capital una solemnidad y legitimidad social, otorgándole una posición de

reconocimiento dentro de la sociedad. Este tipo de capital se obtiene a través de la validación y reconocimiento de las instituciones y puede ser crucial para la valoración y prestigio en un ámbito específico.

2.9. El campo, *habitus* y capital médico

Según Castro y Erviti (2015), el campo médico abarca tanto a las instituciones como a los actores de salud, que se encuentran ubicados en diferentes posiciones, que mantienen relaciones de poder entre sí. Asimismo, en donde interactúan fuerzas que permiten acumular, adquirir o transformar un capital específico de carácter médico. De esa manera Castro, reconoce al campo como “una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones” (Bourdieu y Wacquant 1995, 64).

De acuerdo a Castro y Erviti (2015), el capital específico del campo médico se define como la capacidad de imponer esquemas de dominación y percepción. En ese sentido, coincide con Foucault respecto de la necesidad de una inteligencia capaz de definir y apreciar la materialidad del sistema sanitario y la acción política. De esa manera, para Castro y Erviti (2015), el campo médico estaría compuesto no sólo por la infraestructura o el medio físico, sino también por aquellas herramientas reguladoras que definen la naturaleza de las instituciones. También, estaría compuesto por la relación eventual entre las instituciones en la práctica clínica y las formadoras de nuevos cuadros profesionales. En este punto, no descarta a las industrias, los centros de investigación, las medicinas alternativas, ni los usuarios o clientes.

Castro y Erviti (2015) reconoce que las instituciones que hacen parte del campo médico son espacios de ejercicio del individuo, pero también son estructuras disciplinarias, que ejercen los criterios de obediencia y conformidad. Respecto del poder médico, señala que en el campo médico está en juego la predominancia de la profesión médica por sobre el resto de profesiones y usuarios. Entonces, para imponer y monopolizar la profesión médica ha implementado esquemas de saber ser y saber hacer, que producen legitimidad en la percepción y apreciación del medio hospitalario. Tanto las reglas, como la acreditación y evaluación hacen parte de los mecanismos de control y expansión del campo médico.

Para Castro y Erviti (2015), un tema importante desde la perspectiva sociológica sería el análisis de la estructura jerarquizada del campo médico, con la finalidad de advertir tanto el

impacto del desarrollo del habitus médico, como los efectos de las condiciones de trabajo en las instituciones de salud, en particular el desgaste profesional.

Castro señala que el campo médico es el resultado de la convergencia de la producción y reproducción de subjetividades y prácticas. Asimismo, considera que el conjunto de predisposiciones sociogenéticas pueden ser observadas en el cuerpo y la subjetividad de los profesionales sanitarios. De tal manera, que se pueda llegar a identificar estructuras objetivizada del campo médico en el individuo. En ese mismo sentido, el autor indica que las predisposiciones son incorporadas por los profesionales del campo a través de un proceso de dosificación pedagógica, que empieza en los centros de enseñanza como la Facultad de Medicina, atraviesa los hospitales y contempla todos los niveles de la práctica clínica.

Según Castro y Erviti (2015), las predisposiciones han configurado una cotidianidad que se demuestra a través de la práctica profesional. Además, se expresa en conductas “razonables” y el sentido común de los profesionales de la salud. En este caso, coincide con Goffman (1994; 2006), en reconocer que existe un orden dramático que puede presentar un *self* implicado, que trata actuar en los márgenes de la fachada, tratando construir legitimidad con una audiencia específica. De ahí que, desde el habitus médico, es decir el sentido práctico de los médicos se muestre intuitivo y preconsciente, para responder a la necesidad de actuaciones eficaces en un medio escénico hospitalario.

Por otra parte, Castro y Erviti (2015), reconocen que el habitus es la interiorización de estructuras objetivas del campo, que permiten la reproducción del mismo. Es decir, existe un grado de “complicidad” con las estructuras, que hacen parte del campo. En consecuencia, para los autores, el habitus médico incorpora las relaciones de poder. De igual forma, los abusos y maltratos sufridos en los años de formación, así como la precarización de las nuevas generaciones y las presiones laborales. En ese sentido, señalan que en ese campo los juegos del capital médico sólo pueden derivar en el reforzamiento de prácticas cotidianas, que afianzan las mismas estructuras objetivas del campo. También consideran que pueden sucederse epifenómenos del campo médico, que pueden demostrar resistencia en el proceso de subjetivación o en términos de Goffman (1994) la revelación de un trasfondo escénico.

Capítulo 3. El *habitus* médico en el campo de las residencias médicas

3.1. Introducción

En este capítulo se trata de identificar los efectos que producen las residencias médicas sobre los médicos posgradistas. En ese sentido, se ha tomado como modelo analítico la Sociología de la Práctica Médica Autoritaria que desarrolla Castro y Erviti (2015), quienes identifican un *habitus* de específico, que permite evidenciar un sistema de disposiciones, que es el resultado de un proceso de estructuración del campo médico.

El trabajo de investigación ha logrado identificar como este sistema de disposiciones se despliega en la interacción cara a cara, en un emplazamiento físico como la Sala de Emergencias, teniendo como principal actor a los médicos de posgrado. En ese sentido para comprender la interacción cara a cara, desde esta propuesta metodológica, se advierte que existe un conjunto de elementos que actúan como estructuras estructurantes estructuradas o disposiciones, que permiten el ordenamiento de las representaciones, percepciones y prácticas de los médicos posgradistas. De esa manera, en este capítulo se realizará una deconstrucción de las disposiciones del *habitus* médico en el campo de las residencias médicas.

Para simplificar y hacer más comprensible la información en las diferentes secciones y sus textos de apoyo, se emplea una técnica de síntesis semántica. Esta consiste en identificar la idea principal, simplificar la redacción, eliminar información no esencial y condensar la información de manera concisa. Este enfoque se encuentra en la técnica de análisis de matriz gramatical, como se describe en Cole (2011). El objetivo es destilar la esencia del mensaje original sin perder su significado central, facilitando así la comprensión y el análisis eficiente del contenido

3.2. Disposición de la relación asistencial-docente

La primera disposición que se presenta como parte del *habitus* médico, se refiere a una institución objetiva, que es el proceso de institucionalización que expresa la relación asistencial-docente. Es decir, el proceso de consolidación de la formación de los médicos de pre y posgrado.

El proceso de institucionalización de la formación de profesionales en medicina posee una trayectoria histórica extensa y presenta particularidades que varían según el contexto de cada

país. Aunque se han mencionado algunas de estas particularidades en la introducción, nuestro enfoque analítico se dirige hacia el resultado de esta institucionalización y su influencia en la dinámica actual entre la enseñanza y la atención médica. Este análisis busca comprender cómo esta disposición institucional incide en los patrones de interacción observados en entornos como la Sala de Emergencias y cómo dichos patrones se manifiestan en la práctica asistencial y docente.

En el contexto de la institucionalización de la formación médica, se identifican dos normativas técnicas fundamentales: la Norma Técnica para la Formación en Especializaciones Médicas y Odontológicas y la Norma Técnica para Unidades Asistenciales Docentes. Estas normativas, aunque representan aspectos esenciales en la configuración de las disposiciones relacionadas con la formación de profesionales médicos, coexisten con un conjunto diverso de disposiciones y prácticas que han evolucionado a lo largo del tiempo. Estas normas no son la totalidad del marco normativo, sino elementos esenciales dentro de un entorno normativo más amplio y dinámico que regula la formación médica en el país.

Por un lado, es relevante anotar lo que dice la Norma Técnica de Unidades Asistenciales Docentes, que deja entrever cómo se ha perfilado más claramente el proceso de formación médica hasta llegar a las normas técnicas actuales. En ese sentido, anota que la relación asistencial-docente es una actividad regulada por el Ministerio de Salud Pública, el Consejo de Educación Superior y las instituciones que brindan enseñanza de tercer y cuarto nivel. Dicha interacción se propone para organizar la tarea asistencial dentro de los establecimientos de salud, así como normalizar la presencia de médicos generales, que se encuentra en proceso de formación, cuya rectoría la tiene el Consejo de Educación Superior.

Asimismo, la norma señalada anota que la misma ha sido el resultado de la confluencia de los diversos actores que hacen parte de la atención de salud, para dar cuenta de un proceso que desemboca en la interacción de los sujetos de la norma dentro de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud. De esa manera, la Norma Técnica de Unidades Asistenciales Docentes resulta del compendio de las experiencias en formación de las facultades y escuelas de medicina del Ecuador y la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria. En ese sentido, la norma técnica hace énfasis en la necesidad de establecer, en el momento actual, las condiciones para la relación asistencial-docente. Así, en primer lugar da cuenta de cómo se han integrado los diferentes elementos históricos de la atención en salud, para desembocar en el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), que integra y consolida una estrategia de atención primaria en salud y divide en tres niveles la atención en

salud: el primer nivel orientado a la promoción y prevención de la salud, el segundo recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos; y, el tercer nivel atención especial y específica de las enfermedades.

Como se afirmó anteriormente esta relación asistencial-docente es el producto histórico, que culmina con la rectoría del Sistema de Salud a cargo del Estado. De tal forma, que una vez determinada la Autoridad Sanitaria responsable de normar, regular y controlar las actividades de salud, así como los diferentes establecimientos que brindan atención en salud, se requirió la reformulación de la relación asistencial- docente. En particular, debido a que la relación asistencial-docente debía incorporar las experiencias recogidas históricamente del proceso de formación de los profesionales médicos, así como de las necesidades del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que desarrolló el Ministerio de Salud Pública; y, a su vez incorporar los elementos propios de la enseñanza de las Instituciones de Educación Superior.

La Norma Técnica de Unidades Asistenciales Docentes expresa que esta norma es el resultado de la regulación de la actividad técnica-asistencial, así como de la calificación de un establecimiento como Unidad Docente. La norma también se encarga de las diferentes unidades de formación en los establecimientos de salud y de la relación con pacientes, prevaleciendo los derechos del paciente en el servicio, el patrimonio institucional, contra la calidad de la enseñanza académica.

Por medio de las entrevistas realizadas con médicos posgradistas, se pudo notar que muchos de ellos enfatizan la importancia de las normativas técnicas como elementos clave en la regulación de la dinámica asistencial y docente. En una de las entrevistas, un participante expresó su perspectiva sobre este tema:

Cuándo iniciamos el posgrado nos indicaron en una socialización, que las normas por las cuales nosotros nos regíamos estaban contempladas en un prospecto, que nos entregaron, y en ese prospecto constaba tanto la Norma Técnica de Unidades Asistenciales y la de Especializaciones Médicas y Odontológicas, también se encontraba el Estatuto de la Universidad, algunos otros documentos como el Código de Ética, los protocolos para evitar la violencia contra la mujer y de género. En general, en la Norma esta actividad en los hospitales, siempre que hacemos las rotaciones debemos seguir lo que se indica en la Norma (Técnica de Unidades Asistenciales). Ahí está presente el tema de los horarios, la cantidad de turnos que vamos hacer, las condiciones en las que nos debe recibir el Hospital y tenemos más o menos un conocimiento de ese tipo de cosas que están planteadas ahí (...). creo que la mayoría de los posgradistas tenemos entendido que existen estas normas; y, más o menos que

lo que contiene, te habla algunas cosas más acerca de los tutores y cómo debería ser la formación, pero básicamente tiene mucho que ver con lo que hacemos dentro de los hospitales (Anónimo, 7 de agosto de 2021, entrevista)².

En la Norma Técnica de Unidades Asistenciales Docentes, se establece la relación asistencial-docente como un vínculo estratégico a largo plazo, que fusiona el proceso de atención médica y la educación superior para la formación de profesionales médicos. Este enfoque busca satisfacer las demandas de salud de la población, garantizando simultáneamente la prestación de atención de alta calidad a los usuarios de la Red Integral Pública de Salud y Complementaria. Sin embargo, esta disposición plantea una lógica de optimización de recursos que, en ciertas ocasiones, puede generar un debate sobre si priorizar la atención clínica a expensas del proceso formativo, siendo así más una relación laboral que docente, bajo la siguiente premisa, como se enuncia en la Tabla 3.1:

Tabla 3.1. Reducción semántica o categorial de la relación asistencial-docente

<p style="text-align: center;"><i>Relación asistencial</i></p> <p style="text-align: center;"><i>docente= vinculo estratégico= formar profesionales médicos +demandas de atención en salud</i></p>
--

Elaborado por el autor.

Se logró identificar que la relación asistencial-docente tiene un enfoque más acentuado en el tema asistencial, más que en la docencia. De hecho, la misma norma técnica reconoce que la actual gestión de las Unidades Asistenciales Docentes está centrada más en la asistencia que en la docencia:

La actual gestión de estas unidades está centrada en la asistencia, pero no en la docencia o en la investigación, que quedan en un segundo orden mucho menos regulado y, por ende, sin un protagonismo claro. La docencia universitaria en estas unidades se percibe con frecuencia, como una función marginal porque el modelo organizativo no la incorpora al mismo nivel que la asistencial y el presupuesto hospitalario no incorpora la actividad docente (Norma Técnica de Unidades Docentes Asistenciales 2015, 5).

² Todas las entrevistas fueron acordadas con la condición de mantener el anonimato, debido a que se hace referencia a personas y establecimientos de salud.

Por otro lado, en las entrevistas también se identificó que la docencia y la investigación dentro de las unidades no tiene relación con la estructura física o con la disponibilidad de instalaciones para realizar formación médica

Por lo general, en los hospitales existe un encargado de docencia, pero la investigación y las mismas tutorías solo pueden reducirse a estudios de caso, a reuniones ocasionales porque nosotros aprendemos en la práctica diaria. Algunos hospitales tienen auditorios, incluso bibliotecas, también nos han garantizado el acceso a wi-fi, pero no necesariamente se hacen actividades de formación como *grand round* o simposios (Anónimo, 8 de agosto de 2021, entrevista)

En ese mismo sentido, la norma técnica reconoce que la estructura física no garantiza que la docencia se despliegue adecuadamente por la disponibilidad de áreas adecuadas para el proceso de enseñanza en establecimientos de salud. De hecho, por la orientación asistencial de las unidades existe más bien una relación laboral encubierta (Tabla 3.2), sostenida por la lógica de vínculo estratégico para resolver demandas de atención en salud. Asimismo, ese criterio es revelado recurrentemente entre los médicos posgradistas:

Sobre todos los hospitales privados tienden a pagar una beca de \$800 dólares al médico posgradistas y eso no es representativo, en relación a lo que cobra un médico asistencial por lo que es una situación ventajosa de los hospitales privados particularmente. Igual para el Ministerio y el IESS, porque a la final somos mano de obra barata. En los casos de los compañeros que no tienen beca ellos trabajan de igual forma cubriendo inclusive nuestras plazas de beca cuando se tiene que rotar (Anónimo, 7 de agosto de 2021, entrevista).

Tabla 3.2. Reducción semántica o categorial de la relación laboral encubierta

<p style="text-align: center;"><i>Relación asistencial</i></p> <p style="text-align: center;"><i>docente= relación laboral encubierta</i></p>

Elaborado por el autor.

Por otro lado, dentro de la Norma Técnica para la Formación en Especialidades Médicas y Odontológicas se puede identificar otros elementos que hacen parte de la disposición de la relación asistencial-docente, que constituyen el habitus del médico de posgrado. Se hace referencia a la regulación de la sobrexigencia en la actividad asistencial. En este punto, se

evidencia un puente entre la relación asistencial-docente y la sobrexigencia en la actividad asistencial, dado que en la norma técnica se encuentra detallado la carga horaria de la exigencia médico-asistencial. Así, se señala en el artículo 36 numeral 1, el régimen académico de 50 semanas al año de turnos hospitalarios, que debe realizar el médico posgradista. Asimismo, en el numeral 3, se indica que el número de turnos hospitalarios mensuales es de entre 7 y 8 turnos, de ellos cinco o seis se realizarán en días hábiles y 2 en feriado fines de semanas. Los criterios reunidos por los médicos posgradistas respecto de la carga horaria hace énfasis en el grado de exigencia y la naturaleza laboral de la actividad asistencial

Cuando llegamos a los hospitales tenemos la responsabilidad de realizar las mismas actividades de los médicos asistenciales y con el transcurso del tiempo se van delegando más y más actividades, a las que realiza el especialista. Claro nosotros realizamos muchas más horas que un médico asistencial, que le rige el Código Laboral. Nosotros no se nos considera como trabajadores, pero prácticamente realizamos trabajo y a veces no somos considerados ni siquiera para la alimentación o dentro del personal del Hospital (Anónimo, 7 de agosto de 2021, entrevista)

Por otro lado, la norma también señala que la actividad asistencial de los médicos de posgrados no es remunerada, particularmente es a tiempo completo, por lo que la dedicación es exclusiva dentro del programa de posgrado. Además, el artículo 35 literal c, prohíbe taxativamente al posgradistas trabajar de forma privada durante el proceso de formación. De acuerdo a las entrevistas realizadas, estas restricciones limitan la posibilidad de obtener ingresos para subsistencia del médico posgradista (Tabla 3.3):

(...) no podemos tener una relación laboral en otro hospital o no podemos trabajar tampoco de forma privada, porque primero es muy difícil tener que hacer los turnos en los Hospitales. La otra es que cuando aceptamos el cupo en la Universidad nos hacen firmar un acta en donde nos comprometemos a la dedicación exclusiva al programa de posgrado (...) (Anónimo, 8 de agosto de 2021, entrevista)

Tabla 3.3. Reducción semántica o categorial de prohibición, dedicación, precariedad

Relación asistencial docente = prohibición taxativa + dedicación exclusiva = precariedad

Elaborado por el autor.

Para la Norma Técnica existen dos tipos de médicos posgradistas, aquellos que disponen de una beca institucional y aquellos médicos posgradistas autofinanciados, siendo los médicos posgradistas autofinanciados los que resienten de mayor forma la prohibición taxativa de trabajar y la dedicación exclusiva al posgrado. En ese sentido, desde la perspectiva de los entrevistados la relación asistencial-docente legitima formas de precariedad.

(...) como estamos ahora claro no tenemos una remuneración fija, de acuerdo a la Norma no recuerdo en este momento cuál, las universidades tienen que asegurarnos, pero no siempre nos encontramos asegurados. Hay esa idea de que no debemos de estar pidiendo que nos paguen porque estamos aprendiendo, pero también estamos haciendo actividades que hacen otros y a los que les pagan (...) (Anónimo, 21 de agosto de 2021, entrevista)

Como señalan los médicos posgradistas, la falta de remuneración o las restricciones que existen en la retribución en el trabajo médico asistencial, abre el paso a mecanismos de sobregigencia encubierta a los médicos posgradistas, que se pueden inferir del artículo 34, que señala que el médico de posgrado no reemplaza o profesional formada y que las responsabilidades profesionales son competencias de los profesionales especialistas. Como señalan los posgradistas: “los tratantes a veces ni vienen, te dejan el sello y se van a realizar sus cosas”.

(...) el aprendizaje tiene que ver con hacer procedimientos y atender a los pacientes, pero siempre con tus tratantes a la cabeza, pero hay algunos tratantes -no todos- que te dejan solo, te dan el sello y tú tienes realizar todas las actividades siempre es agotador porque se descarga bastante trabajo en nosotros (Anónimo, 22 de agosto de 2021, entrevista).

De alguna forma, en la norma técnica se ha tratado de restringir la disponibilidad de los médicos posgradistas, en la relación asistencial-docente, dando cuenta que los médicos posgradistas son profesionales en formación y no trabajadores a tiempo completo. Sin embargo, en concordancia con la Norma Técnica para las Unidades Asistenciales Docentes la gestión actual de las Unidades está más centrada en la actividad asistencial que en la docencia. Por lo que, queda en un segundo plano la formación y se procura que los médicos

de posgrado cumplan la actividad asistencial y dejen de lado el aspecto formativo. Así se refieren los médicos posgradistas:

(...) siempre se espera que nosotros cumplamos las actividades, por más que estemos aprendiendo, tienes que realizar como cualquier otro trabajador las actividades que te deleguen. Algo que nos decía la Coordinadora de Emergencias del *****, es que nosotros no estamos para ayudar a los pacientes, sino que debemos de aprender a decir: que nosotros estamos para “servir”, porque esa es nuestra tarea trabajar por los pacientes, más allá de que estemos rotando en un hospital o que no seamos parte del hospital (Anónimo, 22 de agosto de 2021, entrevista).

3.3. La expectativa de capital cultural y económico: reconocimiento académico y retribución económica

Del trabajo de campo realizado se pudo extraer que la retribución económica y el reconocimiento académico son una disposición que actúa principalmente sobre las causas y las motivaciones por las cuales los médicos posgradistas se enfrentan a la posibilidad de realizar una especialización, en conocimiento o no de las condiciones que se desarrollan dentro del posgrado. Así, existen elementos importantes que hay que anotar: el primero siendo la retribución económica, que sirve como un estímulo para acceder a la especialización. Para los entrevistados, la retribución económica con el grado de especialistas mejoraría sus condiciones de vida y las de sus familias. Pero, resulta ser más una expectativa, una idea interiorizada:

Lo primero que te motiva para ingresar al posgrado es tener mejores ingresos económicos como especialista, porque se podría mejorar la vida en general y la de tu familia, porque como médico general es difícil ejercer, no es cómo era anteriormente como los médicos de cabecera (...) (Anónimo, 22 de agosto de 2021, entrevista)

Por otro lado, también existe otro grupo de médicos posgradistas que consideran que la retribución económica es significativa, pero por el desconocimiento de las condiciones de posgrado tuvieron que aceptar realizar el posgrado.

En esa misma línea de ideas, la aspiración de la retribución económica aparece como una puerta de entrada a un estadio necesario que tienen que atravesar los médicos. Los médicos posgradistas señalan que están en un sentido “obligados” a optar por esta aspiración por la

necesidad de éxito en sus carreras profesionales (Tabla 3.4). Desde este orden de ideas, la aspiración de mejor retribución económica se enlaza con el reconocimiento académico.

(...) al inicio piensas que vas a entrar a medicina y vas a ser doctor, bueno en mi caso yo no pensaba que tenía que hacer un posgrado (...) con el tiempo claro te das cuenta de que, para poder tener un mejor puesto, ingresar a un hospital tienes que especializarse porque ya no hay como ingresar siendo médico general a un servicio, y te quedas ahí algún tiempo. Inclusive, los médicos de hecho, los especialistas de hecho ya no creo que estén haciendo. Entonces, tampoco se ve bien que seas un médico de hecho, porque la ciencia siempre avanza y es mejor estudiar y prepararte para eso siempre hay esa necesidad que te impulsa (Anónimo, 7 de agosto de 2021, entrevista).

Tabla 3.4. Reducción semántica o categorial de retribución económica

<p style="text-align: center;"><i>Aspiración de mejor retribución económica + reconocimiento académico = éxito profesional</i></p>
--

Elaborado por el autor.

De acuerdo a los médicos posgradistas, al ingresar a un posgrado, el reconocimiento académico actúa como un estimulante, que permite crear un grado de ascenso social frente a otros médicos o profesionales de la salud. En esa línea de pensamiento, algunos médicos posgradistas prefieren resignar sus esfuerzos profesionales actuales por la promesa de reconocimiento académico: “(...) siempre vas a tener la posibilidad de conseguir un mejor trabajo si tienes una especialidad, también es diferente que tengas experiencia, a que tengas tu título, siempre el cartón sirve para poder obtener... el prestigio que buscan los hospitales, hasta con tus compañeros de trabajo” (Anónimo, 8 de agosto de 2021, entrevista). En este sentido, se habilita un atributo transaccional de la aspiración de reconocimiento académico, transacción que ocurre en el sentido de adquisición de un tipo específico de capital (Tabla 3.5).

Tabla 3.5. Reducción semántica o categorial de reconocimiento académico

Reconocimiento académico= capital cultural

Elaborado por el autor.

De la misma forma, de acuerdo a los entrevistados, se configura un capital social dado que el mismo ingreso a un posgrado está reservado para un “grupo exclusivo” de los “mejores profesionales”. Hay que anotar, que los posgradistas asocian el reconocimiento académico con la sobrexigencia, principalmente asistencial, más que académica. “(...) debes mantenerte actualizado leer artículos científicos, pero siempre -al menos en la Emergencia- es la experiencia de la atención (...), tienes que hacer los procedimientos invasivos, la reanimación, EKG, ventilación, (...) es así cómo se forma el médico, ahí se ve cual es cual” (Anónimo, 7 de agosto de 2021, entrevista). Así, en el campo médico en general, el reconocimiento académico, en todas las etapas de la formación hasta llegar a la especialización, se valora como una virtud la exigencia física y mental, como un hecho naturalizado. De igual forma, existen momentos de mayor o menor exigencia, reconocen que la postulación y el ingreso a al posgrado es un momento de sobrexigencia, reconocido entre los profesionales médicos porque dota al posgradista de cierta superioridad académica (Tabla 3.6).

Tabla 3.6. Reducción semántica o categorial de sobrexigencia y superioridad

Sobrexigencia física y mental=reconocimiento académico= superioridad

Elaborado por el autor.

Según los médicos posgradistas, el ingreso a un posgrado representa un hito más que académico, que marca notoriamente una distinción entre un médico general y un médico especialista: “vas a estar en otro nivel cuando ingresas a la especialidad, porque más allá de que hayas estudiado es el esfuerzo” (Anónimo, 8 de agosto de 2021, entrevista). El reconocimiento académico está ligado a la virtud que solo pocos médicos pueden tener, que no se puede adquirir por el estudio. En ese sentido, un médico posgradista debe de estar al nivel de la demanda de los pacientes y la sobrexigencia física y mental que requiere ser

mucho más hábil que otros. “Te das cuenta de que son miles los médicos que postulan, pero solo son pocos los escogidos y los tratantes te recuerdan, que es exigente la residencia, pero no hay que botarse, eso demuestra que tienen algo más valor más los especialistas”

(Anónimo, 22 de agosto de 2021, entrevista).

En ese mismo orden de ideas, la sobrexigencia física y mental actúa como un ordenador de las ideas, prácticas y representaciones, casi en un tono ideologizante del sentido común de los médicos posgradistas, pues se incorpora como una virtud, propia de aquellos que acceden al posgrado.

3.4. El deber ser: las formas depuradas de coacción, entre la realización profesional, las becas y el tiempo perdido

En líneas anteriores, se ha observado una percepción de “obligación” en la trayectoria del posgrado, donde la idea de lo que se debería hacer se ha arraigado como una disposición. Esto involucra distintos mecanismos de coerción que generan un sentido de sujeción en el médico. Por un lado, a buscar el reconocimiento académico y la especialización, pero también que obligan a continuar el proceso de estudio de posgrado a pesar de su voluntad. En las entrevistas se identificó que luego del proceso de formación de pregrado los médicos deciden seguir una especialización porque consideran que con la especialización podrán obtener una mejor remuneración y una mejor calidad de vida, pero también admiten que existe una presión del deber ser un exitoso profesional. Incluso, se anticipa en conocimiento, que la etapa de posgrado será necesariamente un “momento de explotación” y que serán sobre demandados laboralmente. Sin embargo, en varias de las entrevistas los médicos posgradistas han señalado como una necesidad más allá de su voluntad presentarse y seguir una especialización médica, al respecto han señalado que: “ser médicos generales no permite el ejercicio de la rama médica y que incluso luego de seis años de estudio y de haber realizado la rural se subestima al médico general, pues prácticamente es un bachiller, entonces hay que ser especialistas” (Anónimo, 22 de agosto de 2021, entrevista). Como se puede advertir existen elementos más allá de la retribución económica.

En este sentido de ideas, el proceso de ingreso al posgrado representa una obligación, que realiza cada uno de los médicos postulantes, como un esfuerzo naturalizado. Asimismo, debido a la escasa oferta de posgrados, la competencia se vuelve cada vez más intensa. Así, existen experiencias que señalan las múltiples ocasiones en las que han tenido que postular,

para poder acceder a un posgrado. De acuerdo a los entrevistados, podríamos decir que existe una forma de coerción que se ha consolidado con el tiempo, que actúa como una disposición que es la realización profesional, que otorga capital cultural al médico posgradista: “(...) una vez que sales de la rural puedes ejercer, te puedes sentir incompleto, tienes expectativa de realizarte como médico, eso te impulsa tu familia, también puedes ver a tus compañeros entonces tú también quieres hacer lo mismo (...)” (Anónimo, 7 de agosto de 2021, entrevista)

Tabla 3.7. Reducción semántica o categorial de coacción extraeconómica

Búsqueda de reconocimiento académico y especialización + Continuación del posgrado por mejoras económicas y calidad de vida, presiones sociales y profesionales = coacción extraeconómica + sujeción

Elaborado por el autor.

Debido al extenso proceso formativo y la limitada oferta de programas de posgrado, se evidencia una alta competencia en el acceso a estos programas. En palabras de un médico posgraduado: “(...) las convocatorias cerraron por un tiempo, y luego hubo una gran cantidad de solicitantes; incluso el examen de ingreso es riguroso y, en ocasiones, pequeñas diferencias en las calificaciones definen quién puede ingresar a la especialidad” (Anónimo, 8 de agosto de 2021, entrevista). Esta situación disimula las condiciones reales de los programas de posgrado. Según la percepción de los médicos posgradista, ingresar a estos programas constituye un mérito y, por ende, una presión adicional para alcanzar el reconocimiento profesional.

Tabla 3.8. Reducción semántica o categorial de realización profesional

Competencia+ limitada oferta=realización profesional

Elaborado por el autor.

Por otro lado, también se ha instalado la obligación económica, que puede presentarse de las siguientes formas: desde la sujeción a un compromiso de beca institucional y la deuda del

autofinanciamiento (Tabla 3.9). La sujeción a una beca institucional es el resultado de la postulación e ingreso al posgrado por méritos, que en apariencia es reconocido con una beca, que debe ser devengada a futuro.

(...) se postula, tu primera opción es pelear la beca, puedes ingresar también como autofinanciado. Luego en la carrera te das cuenta que depende de la beca, o sea quién es el dueño de la beca para que se vean las condiciones. Por lo general, nosotros no vemos de eso (condiciones), sabemos que hay que devengar dos por uno, pero solo sintiendo en primera persona te das cuenta de (lo) angustioso que es (...) de los compañeros que se pagan sus estudios se ve, que a veces no tienen para almorzar, principalmente los de provincia, supongo que al menos de ellos pueden tener la libertad de ejercer cuando salen (...) pero no puedes salirte, porque hay penalidad y todo el tiempo es perdido” (Anónimo, 7 de agosto de 2021, entrevista)

Tabla 3.9. Reducción semántica o categorial de coacción económica

$\text{Coacción económica} = \text{becas} + \text{deudas autofinanciados}$
--

Elaborado por el autor.

El sostenimiento de la beca institucional requiere del desempeño académico y la permanencia del médico en el programa de posgrado, a riesgo de incumplir con las condiciones de la beca y la penalidad monetaria. Otra forma de coacción, se deriva de aquellos médicos posgradistas que acceden por cuenta propia al posgrado sin una beca institucional y son financiados por sus propios medios. En este caso, el sobresfuerzo económico que hace el médico involucra a su familia: “En mi caso soy la primera médico de la familia, mis papás me ayudan, también mi esposo se dedica a la casa y cuida de mis hijas, pienso que ellos también están pendientes de mi carrera (...) es una presión adicional que tengo en el posgrado” (Anónimo, 21 de agosto de 2021, entrevista).

En muchos casos, los médicos posgradistas autofinanciados se endeuda para sostener los estudios de posgrado, y cuando experimentan las condiciones del posgrado, caen en la cuenta de un conjunto de elementos que provocan el desánimo y la necesidad de concluir y no permanecer en el programa Sin embargo, la coacción económica se ejecuta de tal manera que

les impide renunciar al programa de posgrado, a pesar del desagrado que les provoca las condiciones en que se desarrolla sus actividades asistenciales y académicas.

(...) mi beca es del **** lo que te pagan tienes que hacerlo aguantar para pagar la matrícula y con eso también vivir, cuando ya no me alcanzó pensé en el crédito educativo y también en salirme del posgrado, porque es súper demandante. Pero, creo que luego se puede recuperar, con el trabajo que vayas realizando, no ahora claro” (Anónimo, 7 de agosto de 2021, entrevista).

3.5. Elitismo: palancas, familia y segregación

De entre los médicos posgradistas, se pudo extraer que la exclusividad del acceso a la especialización médica actúa como una disposición del *habitus* médico del campo de las residencias médicas. Se identifica que existe elitismo que se presenta como la competitividad entre los profesionales médicos, por el acceso a las plazas de especialización.

Dentro de la Norma Técnica para la Formación en Especializaciones Médicas y Odontológicas, se presenta un proceso que aparenta ser meritocrático, ya que se establece un concurso de méritos y oposición para el acceso a los programas de posgrado. Sin embargo, existe cierta discrepancia entre esta apariencia y la realidad del proceso. Esto se refleja en el análisis detallado de los criterios de selección y su aplicación en la práctica (Tabla 3.10).

Dentro de las entrevistas, se pudo observar que el proceso de postulación para acceder a un programa de especialización médica resulta complejo y solamente un grupo reducido de profesionales puede acceder. De hecho, el proceso de selección y postulación puede ser repetido en varias ocasiones por un médico, sin la seguridad de poder acceder a una plaza de especialización.

(...) como hay pocas plazas y muchas personas que quieren ingresar, es un grupo reducido los especialistas y entre todos se conocen y se ayudan (...) por eso desde la postulación es difícil, desde el ingreso (...) yo postulé tres veces y he tratado de escoger alguna quirúrgica o urología -eso es bueno- pero es mejor estar entre los especialistas, que quedarte siendo médico general, vi médicos mayores que han estado varios años tratando de ingresar y no puede entonces. Por eso, hay que aprovechar cuando estás joven para hacer el posgrado (...) (Anónimo, 7 de agosto de 2021, entrevista)

Tabla 3.10. Reducción semántica o categorial de elitismo y norma técnica

Elitismo = Competencia plazas + Proceso complejo y repetitivo sin garantía acceso

Elitismo=norma técnica+ limitada oferta

Elaborado por el autor.

Entonces, dadas las dificultades de postulación y acceso se habilitan otros mecanismos de postulación y acceso a las plazas de especialización. A decir, de los médicos posgradistas, “existe un concurso de méritos y oposición, existen requisitos específicos establecidos por los diferentes programas, que valoran de forma diferente a cada uno de los postulantes, pueden haber cosas raras” (Anónimo, 21 de agosto de 2021, entrevista).

En la norma técnica, existe de cierta forma elementos que permiten regular el proceso de postulación y admisión, pero también existen otras formas, por ejemplo, como consta en el artículo 12, que señala la posibilidad de que se conforme un Comité de Admisiones de los postulantes, que deja un margen de libertad a los diferentes programas para que valoren a cada uno de los postulantes. De acuerdo a los médicos posgradistas, de esa manera se habilitan otros mecanismos de ingreso, así en las entrevistas se puede observar que, en los diferentes programas de especialización ingresan médicos con un contacto previo con el campo médico. En palabras de los médicos posgradistas:

“(…) entre ellos se ayudan, como es un grupo reducido todos se conocen con todos (…) hay favoritismo unos pueden ser familiares (…) los que son hijos de médicos por lo general tienen garantizado un cupo, les cruzan las pruebas o si hay una entrevista -dependiendo de la Universidad- les ayudan. También, pueden ser amigos (…) de mi caso, estuve tres años haciendo Emergencia y un año en CCT en el ***** (…) me ayudaron” (Anónimo, 7 de agosto de 2021, entrevista).

Por otro lado, el elitismo actúa como un elemento fundamental en los patrones de interacción, debido a que no solamente se refiere a quienes pueden acceder, sino quienes pueden permanecer. Para los médicos sin contacto previo con el campo médico, particularmente sin ascendencia familiar médica resulta sumamente difícil, “los favores y palancas”, deben ser obtenidos de otra manera: “en el servicio me conocí con los tratantes *****”, ellos también son profesores de las Universidades, a veces salíamos con ellos a tomar, a comer, te haces amigo, te ayudan. A mí me dijeron lo que van a preguntar, algunos temas” (Anónimo, 7 de agosto de 2021, entrevista) (Tabla 3.11).

Tabla 3.11. Reducción semántica o categorial de prohibición, dedicación, precariedad

<i>Elitismo=familia y palancas</i>

Elaborado por el autor.

Pero, también el elitismo se expresa en “darse el lujo” de realizar una actividad sin retribución económica, así como mantener durante un tiempo prolongado esa actividad, lo que restringe la posibilidad de que cualquier médico cuenten con las posibilidades de acceder a un posgrado (Tabla 3.12). El autofinanciamiento y la subsistencia de cuenta propia es insostenible: “No puedo pagar para trabajar y encima ver para mis gastos” (Anónimo, 8 de agosto de 2021, entrevista). Los médicos posgradistas entienden que están trabajando de forma gratuita durante el tiempo del posgrado, se identifican discursos que conducen a la idea de una élite, que puede “darse el lujo” de permanecer en esa situación.

El posgrado no es para todos te deja desfinanciado, es como darse un lujo, debes de tener una fuente de ingresos, que te sirva de soporte para que puedas hacer la residencia (...) va a ser más fácil para quiénes tienen recursos, desde la movilización, si tienes carro, si no tienes familia o si tienes ingresos; y, tu familia es de dinero (Anónimo, 8 de agosto de 2021, entrevista)

Tabla 3.12. Reducción semántica o categorial de darse un lujo

<i>Trabajo gratuito + tiempo de posgrado= Darse un lujo (Elite)</i>

Elaborado por el autor.

Finalmente, elitismo conduce a los estudiantes a una pugna inclusive entre ellos, que se refuerza en el carácter de desigualdad de oportunidades de cada médico posgradista:

(...) yo veo que siguen las mismas personas, los hijos de los médicos (...) es muy raro que haya otras personas, es que se requiere de mucho capital para mantener el estudio en medicina, son muchos años y solo las familias que ya saben de eso pueden tener especialistas.

Pero, una vez que llega uno abre el camino para el resto de la familia, puede ir por etapas si quieres (...) (Anónimo, 7 de agosto de 2021, entrevista)

3.6. La jerarquía y la Escuela del Maltrato

Autores como Castro y Erviti (2015) o Martínez Abarca (2016), reconocen que la jerarquía es la disposición más visible en el campo médico. De los médicos posgradistas, hemos podido rescatar algunos elementos que permiten dar cuenta de este esquema genérico. En primer lugar, la jerarquía está determinada por los años de formación, así como del grado de conocimientos adquiridos, que pueden ser puestos en práctica. Por otro lado, la jerarquía es una disposición aprendida desde los primeros años de la formación médica de pregrado, luego ejecutada en la práctica clínica, tanto en el internado como en los años de servicio pre-profesional y rural, para luego ser trasladados la práctica clínica en los años de posgrados:

(...) desde que ingresas te enseñan que debes tener siempre en primer lugar al médico superior, siempre hay una jerarquía. En el primer año de medicina va a ser el profesor de anatomía o fisiología, los ayudantes de cátedra. Luego que llegas hacer el externado voluntario tienes al de farmacología, llegada al internado y va la medicina interna. Luego, eres de interno rotativo y vas a tener a tus superiores. Siempre hay un superior y así llegas a la rural y ahí también tienes el Distrito encima -aunque ahí también puedes a veces ser el jefe dependiendo de dónde te toque- pero solo cuando llegas a ser especialista ya no tienes tantos superiores –en cambio ejerces- porque ya estás en la cima, pero siempre desde que llegas, te inculcan que es una jerarquía esto de la medicina, que hay jerarquías que se respetan (...) (Anónimo, 22 de agosto de 2021, entrevista)

En este sentido, los patrones de interacción están reglados por la jerarquía que determina una estratificación entre los médicos y en general los profesionales de la salud. De acuerdo, a los médicos posgradistas, dentro de la actividad propiamente médica como en la actividad cotidiana. Es importante distinguir este sistema de jerarquías de la estructura organizativa del espacio hospitalario, pues tiene otros componentes adicionales. En primer lugar, la disposición jerárquica es del resultado de la estructuración del proceso de reconocimiento académico y superioridad profesional, que se alcanza con los años de estudio. El reconocimiento académico permite que el médico se encuentra en un nivel jerárquico superior que otros médicos.

Tabla 3.13. Reducción semántica o categorial de jerarquía

Reconocimiento académico + superioridad profesional= Jerarquía

Elaborado por el autor.

Sin embargo, Existen otras formas de adquirir jerarquía, como la antigüedad médico-asistencial, es decir, los años de trabajo en un servicio. Se obtiene a través del capital social y cultural acumulado, como señala: "la familia, amigos, palancas y la experiencia, que dan ventajas, pero sobre todo los amigos hechos durante los años de servicio, su reconocimiento". (Anónimo, 21 de agosto de 2021, entrevista)

De acuerdo a los médicos posgradistas, la jerarquía puede devenir en una especie de idolatría en la figura del médico especialista, pues "todo lo demás se mueve alrededor del médico especialista" (Anónimo, 21 de agosto de 2021, entrevista). En ese mismo sentido, la jerarquía puede ser el resultado de la extrapolación del sistema de clases al espacio hospitalario: "(...) ser médico fue un espacio reservado para las élites sociales, con diferente tipo de poder económico, social o cultural, incluso Matilde Hidalgo de Prócel, fue de padres comerciantes" (Anónimo, 8 de agosto de 2021, entrevista).

Según los médicos posgradistas, la jerarquía está vinculada al maltrato, como se refleja en la investigación. Esta jerarquía se origina y persiste durante la formación académica. Desde los primeros años de formación, se aprenden cadenas de maltrato que sostienen la estructura jerárquica: desde el médico especialista, pasando por los médicos de posgrado (R4, R3, R2, R1), hasta el personal de salud, como enfermería, auxiliares y administrativos.:

(...) desde que llegas siempre el que está arriba tuyo te va a maltratar, si no es el profesor (es otro), te hace quedar mal, te humilla frente a tus compañeros. En los primeros años de la Universidad hay mucho más maltrato, acoso con las compañeras y mucha más humillación. Te enseñan eso, luego los ayudantes también te quieren hacer caer y son tus compañeros, es de esta regla que la letra con sangre entra, el que está arriba tuyo, si te va a enseñar, pero tiene que enseñarte de mala manera, a la mala porque te dicen que en la medicina no hay notas intermedias, es un 0 o un 10, porque no es que le dejas medio vivo al paciente (...) (Anónimo, 7 de agosto de 2021, entrevista)

Tabla 3.14. Reducción semántica o categorial de escuela del maltrato

Cadenas de maltrato + Espacios de Formación = Escuela del Maltrato

Elaborado por el autor.

La combinación de cadenas de maltrato dentro de los espacios de formación médica genera lo que se podría llamar la 'Escuela del Maltrato'. Esta dinámica se manifiesta en diversas formas, desde la descalificación intelectual hasta el menosprecio y la humillación pública. Los relatos indican que algunos profesionales subjetivan estas prácticas de violencia, creando un ambiente en el que algunos médicos en niveles superiores recurren a tácticas abusivas, como imponer jornadas laborales extenuantes o agredir verbal y físicamente a sus subalternos. Esta subjetivación de la violencia tiene un impacto significativo en el desarrollo profesional y personal de los médicos en formación, perpetuando un ciclo de maltrato en el ámbito médico (Tabla 3.14).

Este comportamiento se presenta como un método de enseñanza cuestionable, donde la rigidez y el extremismo en los criterios de evaluación se convierten en norma. Se promueve la idea de que en la medicina no hay término medio: solo se acepta la perfección absoluta, lo cual induce un clima de presión constante y genera un ambiente de intimidación y desánimo entre los médicos en formación. Esta concepción radical de la excelencia, que tolera únicamente la excelencia máxima y desestima cualquier forma de error o mediocridad, contribuye a un entorno altamente estresante y perjudicial para el desarrollo profesional y personal de los médicos posgradistas.

Las cadenas de maltrato pueden manifestarse de diversas maneras y tienen un impacto significativo en los médicos en formación. Una de estas manifestaciones se refleja en el menoscabo intelectual, donde se menosprecia la capacidad cognitiva y profesional de los médicos posgraduados, erosionando su autoconfianza y su habilidad para tomar decisiones clínicas fundamentadas.

Otra forma de maltrato común es la imposición de jornadas laborales desproporcionadas. Los médicos posgraduados suelen enfrentarse a cargas de trabajo excesivas, que no solo afectan su salud física y mental, sino que también limitan su capacidad para aprender y desarrollarse adecuadamente en su campo profesional.

Además, se han identificado casos de acoso y discriminación dirigidos específicamente hacia mujeres y personas con identidades sexogenéricas diversas en el entorno posgraduado. Esta forma de maltrato añade una capa adicional de desigualdad y exclusión, creando barreras significativas para el crecimiento y la plena participación de estos individuos en su formación profesional.

“(…) cuando estaba en la rotación de anestesia había un médico, que era nuestro tutor, un viejo asqueroso que les acosaba a las chicas, yo no pensaba que fuera cierto, pero, un día estaba haciendo un bloqueo y mientras yo estaba con el equipo estéril, me manda mano, yo no pude hacer nada, encima me nalguea diciéndome que me va a dar más duro porque supuestamente estaba haciendo mal por ser mujer (…)” (Anónimo, 8 de agosto de 2021, entrevista).

El impacto de estas prácticas discriminatorias y abusivas es profundo y va más allá del aspecto individual. Estas situaciones no solo afectan emocionalmente a quienes las experimentan, sino que también generan desafíos estructurales que dificultan el acceso equitativo a oportunidades de aprendizaje y desarrollo profesional, todos estos elementos han dado lugar a pensar en una Escuela del maltrato.

Capítulo 4. Los patrones de interacción, la interacción cara a cara en las residencias médicas

4.1. Introducción

Se propone en este capítulo, registrar el despliegue de las disposiciones en el espacio hospitalario. Es importante recalcar, que se presentan las disposiciones desde un orden dramaturgico. Es decir, que respecto de las residencias médicas, se ha considerado que las disposiciones que constituyen el *habitus*, son propias de una práctica instalada, en un emplazamiento físico e intersubjetivo que se denomina residencia médica y se observa en la Sala de Emergencia. Asimismo, se centra en la constitución de un *yo/self*, que es el médico posgradistas, que cumple un performance como actor.

En el presente capítulo, se presenta al análisis microsociológico como una forma viable para entender la realidad y sostener un análisis de profundidad de las estructuras sociales, pues se puede advertir opciones de conductas en un espacio específico, o como lo definiría Erving Goffman: un escenario. En ese sentido, se presenta la conexión entre la teoría de Pierre Bourdieu y de Erving Goffmann.

En este caso, el *habitus* actúa como una puesta en práctica, que se despliega en el orden de interacción y las opciones de conducta que tienen los individuos en un escenario específico, con reglas determinadas, que son en efecto las disposiciones que conforman el *habitus*. Así, en este capítulo se trata de identificar, en la interacción cara a cara, el orden de interacción, que está delimitado por el *habitus*, que se encuentra interiorizado por los médicos posgradistas. Dado que, aparece como opciones de conducta permite reconocer los efectos que la residencia médica tiene sobre los médicos.

4.2. De la transición: de la teoría de campo a la interacción cara a cara

Como punto de partida, es necesario señalar la necesidad de transitar de la teoría del campo y *habitus* hacia la interacción social. Es decir, acercarse un poco más a la interacción cara a cara que se presenta en el espacio hospitalario. En ese sentido, se ha tratado de partir desde la constitución del campo de las residencias médicas, para dar cuenta del origen de las opciones de conductas o performances que se despliegan en la interacción cara a cara.

Dado que para Erving Goffman, la preocupación sociológica no solamente se sostiene en la definición de estructuras, sino también la forma en que los encuentros cara a cara producen y reproducen un orden interacción, el interaccionismo social permite registrar momentos o situaciones concretas.

En ese sentido, en la interacción cara a cara se puede dar cuenta del reconocimiento de estructuras, que los esquemas genéricos, se genetizan traducándose en pensamientos, percepciones y acciones, que más tarde sirven de mecanismo de reproducción del *habitus*.

Desde la perspectiva de Erving Goffman, se reconoce que algunas prácticas tienen un valor ritual en el orden interaccional, es decir revitalizan ese mismo ordenamiento. En ese sentido, se han identificado situaciones características en el escenario, que tienen un grado de práctica ordenadora. En ese sentido, desde la perspectiva del interaccionismo se identificarán situaciones, pensamientos, o ideas en los que dos o más individuos se han presentado físicamente y han optado por expresar diferentes opciones de conducta las cuales denominaremos *performances*. De la misma manera, estos individuos actuarán en un escenario definido del espacio hospitalario: la Sala de Emergencia. En el cual, como actores habrán interiorizado determinados roles, que se han detallado como estructuras estructurantes o disposiciones del *habitus* médico.

Asimismo, las disposiciones incorporadas en la práctica cotidiana del médico posgradistas, deben ser manifestadas de manera reiterativa en el escenario. Asimismo, las actuaciones surgen en una ocasión dada, con el sentido de influir de alguna manera en el resto de individuos. Es importante entender que las situaciones responden a un determinado *frame*, que ha de entenderse como el marco de interpretación, que da sentido a la representación del *yo/self* (Figura 4.1).

4.3. Escenario: la residencia médica y el emplazamiento de la Sala de Emergencias

Desde la perspectiva de Goffman, la interacción social se lleva a cabo en un contexto específico, en un escenario de interacción. Asimismo, este espacio tiene una naturaleza específica. Por un lado, se refiere a un emplazamiento físico, es decir a un espacio real en dónde se produce la interacción cara a cara; y, por otro lado, este escenario también es la composición o la interiorización de la configuración escénica de los roles y de los actores, que hacen parte de este emplazamiento físico.

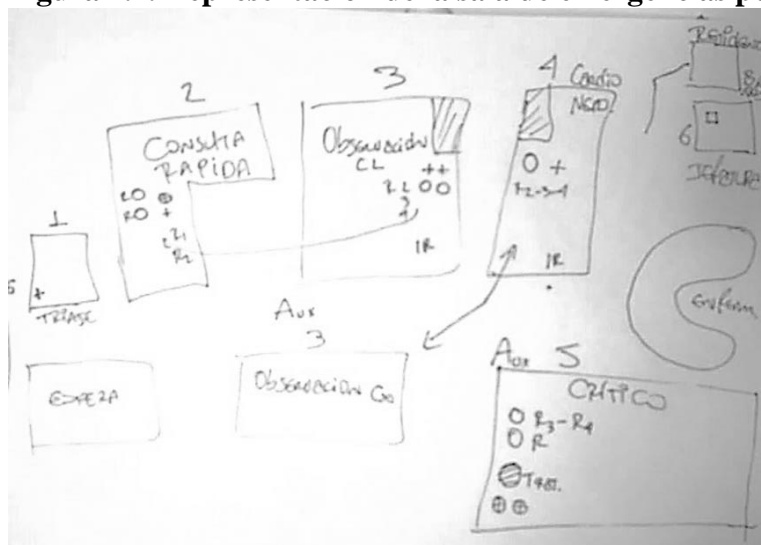
Para Goffman, el emplazamiento físico es una construcción también escénica. En ese sentido, en la presente investigación entendemos que el *habitus* se desenvuelve en el espacio hospitalario. Este espacio hospitalario tiene diferentes aristas, diferentes emplazamientos posibles, que se distribuyen de acuerdo a las actividades que se realizan en estos espacios. Por ejemplo, las áreas quirúrgicas, las áreas clínicas, las áreas de intervencionismo y áreas críticas.

Para la presente investigación, se sostiene que uno de los emplazamientos físicos donde se puede observar con mayor certeza el desarrollo la composición escénica del campo de las residencias médicas es la sala de emergencias. Debido a que, como señalan los médicos posgradistas, en este emplazamiento se incorporan todas las demás áreas de la medicina, desde el aspecto clínico, el intervencionismo y los procedimientos quirúrgicos; así como, el conjunto de todos los roles, que se pueden observar en el resto del espacio hospitalario.

En este caso, en la sala de emergencias, los médicos posgradistas interactúan con varios elementos contextuales, aparentemente escapan del control y de la intencionalidad del actor, para dar cuenta de cómo se manifiesta el orden de interacción; y, así mismo captar las disposiciones que hacen parte del campo médico:

Desde la perspectiva de los médicos posgradistas, identifican que existe una condensación de la configuración escénica del espacio hospitalario en la sala de emergencia. Se puede observar, que en una sala de emergencia se dispone de un cuarto crítico, de un área de atención clínica, área de procedimientos y área de intervención.

Figura 4.1. Representación de la sala de emergencias por un médico posgradista



Fuente: Taller experimental con médicos posgradistas, se aplicó técnica mapa psicográfico

Entonces se puede dar cuenta de que se actúa con la mayoría de los componentes que hacen parte de la práctica médica, así lo señala un médico posgradista:

(...) el área de emergencia está compuesta de un área o cuarto crítico ahí se realizan las actividades de intervencionismo hacerse en los procedimientos invasivos y algunas microcirugías que nosotros estamos preparados para estabilizar es decir que son necesarias para la estabilización del paciente, se hacen entubaciones, también se realizan canalizaciones, se puede realizar el monitoreo del paciente que llegue en estado crítico, procedimientos de sedación, reanimación, la resucitación lo que requiere el acompañamiento de algunas áreas médicas (...) que se realizan otras especialidades como la anestesiología, la neumología, de cirugía general porque también se puede tener casos de cardio-torácica, de cirugías de rápidas o emergentes. Entonces, en el área de emergencias pues está esa parte del cuarto crítico, luego está en el área para recibir a los pacientes con enfermedades o patologías menos graves, se hace una evaluación a partir de la Escala Manchester en triaje, así se puede ver que personas o pacientes tienen un grado de afectación. Algunos necesitan revisión clínica, otros una intervención médica más profunda. Entonces, hay una área de clínica en dónde se observa, hay un área de intervención también en dónde se realizan suturas y también se realizan limpiezas (...) también un áreas como enfermería, u de recepción (...) Podemos estabilizar a pacientes con diferentes patologías, traumas o enfermedades, al principio necesitamos conocer de todo, para posteriormente actuar con los especialistas y evidentemente en esa situación hay momentos en los que en la emergencia están todos (los médicos) que hacen el hospital (...) puede estar los especialistas, incluso pueden estar los administrativos del hospital (...) Esta es el área de primera línea, el área crítica, dónde se desarrolla gran parte de la medicina, es el lugar dónde se divide (...) se puede ver el ejercicio del médico por preservar la vida en la lucha contra la muerte (Anónimo, 8 de agosto de 2021, entrevista)

4.4. La puesta en escena: los eventos del *habitus* médicos en juego

En este apartado del trabajo de investigación se trata de identificar en las interacciones cara a cara cómo se manifiesta las diferentes disposiciones que conforman el *habitus* médico en el campo las residencias médicas. Para tal efecto, se ha optado por rescatar situaciones particulares que denotan las disposiciones estudiadas con anterioridad.

Ahora, dado que se realizó de forma operativa una reducción categorial de los componentes de las disposiciones, se ha tratado de identificar a partir de estas relaciones categoriales situaciones características, que en la mayoría de los casos se refiere a conversaciones situadas en la Sala de Emergencia entre médicos posgradistas; y, en otros casos se realizan

anotaciones contextuales, que luego son complementadas con el registro de conversaciones que se llevaron en un diario de campo.

4.4.1. Relación asistencial- docente un vínculo estratégico para formar profesionales médicos más demandas de atención en salud

Respecto de la disposición que hace referencia a la relación asistencial- docente, se anotaba que se entiende como un vínculo estratégico, que utilizan las Unidades Asistenciales Docentes para formar profesionales, pero sobre todo para responder a las demandas de atención en salud. En ese sentido, se pudo observar que existe un enfoque que prioriza la actividad asistencial de los médicos posgradistas por sobre la docencia. De hecho, en algunos casos esta idea de vínculo estratégico que tiene la relación asistencial docente se ocupa como una forma de trasladar responsabilidad de los médicos especialistas o tratantes hacia los médicos posgradistas.

En otros casos, la idea de formación se traslada al autoaprendizaje más que a la tutoría del médico especialista. En ese orden de ideas, existen situaciones características que permiten dar cuenta que los médicos posgradistas se encuentran en los establecimientos de salud más para responder a las demandas de atención de los pacientes que para formalizar sus aprendizajes. Así se registró la siguiente interacción:

Médico tratante: Van a tener que dividirse las camas. Uno va a tener que ingresar al cuarto crítico, luego para que se turnen y vean si duermen.

Posgradista 1: Yo ya estuve el día de ayer en el cuarto crítico y no me ayudaron. Además, me vinieron dos traumas y yo solita tuve que poner las vías y el tubo, me toca estar en consultorio, no comí tampoco.

Médico tratante: tienen que ingresar las dos, hasta la hora del almuerzo quiero saber quién va al cuarto crítico y quién se va a consultorio.

Posgradista 2: Se supone que nosotros somos solamente estudiantes y los especialistas deberían ingresar al cuarto crítico, ellos se están excusando de ingresar a tratar pacientes con Covid porque estamos Mickey y sus giles (en voz baja)

Médico tratante: Ustedes están para servir y atender a los pacientes, sino hablen con su Coordinador (Registro del diario de campo, 24 de septiembre de 2021)

Se puede observar que existe una noción consolidada de parte de los médicos posgradistas respecto a la necesidad de formación profesional por la que ingresaron al posgrado. Pero,

también se ha naturalizado la demanda de atención de los pacientes por sobre las necesidades de formación de los médicos posgradistas. Situación legitimada por el vínculo estratégico entre las Instituciones de Educación Superior y los establecimientos de salud.

4.4.2. Relación asistencial-docente y la relación laboral encubierta

Al identificarse en la relación asistencial-docente una mayor inclinación hacia las demandas de atención en salud, más que al proceso de formación de los médicos posgradistas, se pudo recoger los elementos necesarios para entender cómo la relación revela una relación laboral encubierta

Posgradista 1: cachas que el Marquito ha entrado a Calderón de médico asistencial

Posgradista 2: Sí sabía del Marquito... justo estaba con el chaleco azul (personal administrativo de atención al público), cuando llegué y me recibió el paciente está ganando como mil setecientos

Posgradista 1: Sí mejor era de haberse visto un puesto así, aquí nosotros pagando para que nos exploten

Posgradista 2: Al menos tú tienes la beca, yo tengo que ver de dónde me alcanzo

Posgradista 1: Pero cachas que a mí me pagan menos que el Marquito

Posgradista 2: El man se abrió de pediatría porque dice que quiere entrar a traumato, mientras tanto va a estar de asistencial en el Calderón. (Registro del diario de campo, 24 de septiembre de 2021).

En el registro de una conversación llevada a cabo en la sala de emergencias se pudo observar que los médicos posgradistas entienden que sus actividades tienen relación con las actividades de un médico asistencial. Asimismo, que por esas actividades deberían ser remunerados. También, tienen alguna prenoción respecto de que su situación se refiere a un tipo de explotación laboral, pero no logran definir con mayor profundidad el concepto que se propone. A pesar de eso, se puede contextualizar que entienden que la relación asistencial docente está encubriendo un tipo de relación laboral no remunerada, escasamente remunerada, en el caso de aquellos que reciben un estipendio o beca.

4.4.3. Prohibiciones y precariedades: desafíos de la relación asistencial-docente en la formación médica

Por otro lado, se pudo observar que dentro de la relación asistencial docente este vínculo estratégico, que se consolida con la prohibición taxativa de trabajar en otro establecimiento privado o público, además, requiere dedicación exclusiva por parte del médico posgradista deviene en situaciones de precariedad. Pudo registrarse:

Posgradista 1: ¿Cómo haces para seguir vivo? ¿Osea que ayer estabas de guardia en terapia y qué te pagan con factura?

Posgradista 2: Sí, pero no es así tanto, casi me voy a descansar allá, porque se tiene a veces dos pacientes para hacer monitoreo. Solo que te toque más, algo súper grave para que tengas que estar toda la noche despierta, pero de ley toca hacer estas chauchas porque como no alcanza.

Posgradista 1: Pero, ¿Los del (Hospital) no te dirán nada?

Posgradista 2: No les importa mientras yo no falte a los turnos, ni al post. Solo no tengo contrato nomás

Posgradista 1: Pero feo porque sales de aquí te vas a allá, ya ni descansas, bueno un poco allá (Registro del diario de campo, 28 de septiembre de 2021).

Para el caso registrado se puede observar como los posgradistas reconocen la insuficiencia salarial como una característica en el desarrollo del posgrado; y, que están de alguna manera obligados a realizar actividades adicionales con características de precariedad, como la inseguridad laboral y mayor desgaste laboral por la necesidad de solventar su subsistencia. De hecho, se ha logrado identificar que son empujados a estas formas de precariedad, dado que, experimentan esta situación en el posgrado y deben buscar alternativas para poder cubrir sus necesidades y las de sus familias en algunos casos.

4.4.4. Redefiniendo el éxito médico: entre aspiraciones económicas y reconocimiento académico

Respecto de la disposición del capital social y económico, se pudo registrar que los médicos posgradistas toman como referencia a otros médicos que cumplen su rol como especialistas para delimitar sus aspiraciones de retribución económica y reconocimiento social. Por un lado, respecto de la retribución económica entienden que sus aspiraciones están muy por encima de la satisfacción solo de sus necesidades, existe una aspiración de acumulación en lo

económico. De igual forma, aunque no manifiestan una relación directa entre la retribución económica y el reconocimiento académico expresan cierta admiración respecto de lograr algún mérito académico:

Posgradista 1: Ese man del (médico tratante) trabaja en el (Hospital) y de ahí al (Otro Hospital), imagina cuánto gana siquiera se mete sus cuatro mil al mes

Posgradista 2: ¿Qué hará con tanta plata? chumado sabe estar

Posgradista 1: Pero qué bien ese man, porque encima es profesor, de ahí también le debe de quedar su otro dinerito, el man si tiene buen reconocimiento.

Posgradista 2: Yo quiero ser así de grande jajaja

Posgradista 1: Toca amigo, el doc (médico tratante) también es así y él viaja a otra provincia. ¡Hombres de éxito! Jajaja (Registro del diario de campo, 24 de septiembre de 2021)

Del registro de la interacción, se recoge que la aspiración de retribución económica y reconocimiento académico está ligado a la promesa de éxito profesional, personificado en otros médicos, que no son ajenos a su realidad. Más bien, se encuentran cercanos, de tal forma que son modelos a alcanzar.

El fragmento presenta una visión de las aspiraciones de médicos posgradistas en busca de éxito y reconocimiento profesional. Se muestra una clara valoración del éxito económico y del reconocimiento académico como marcadores de logro en sus carreras. Sin embargo, se evidencia una perspectiva limitada y posiblemente superficial en la conceptualización del éxito.

La recurrencia del término ‘chumado’, utilizado para describir aquellos con un buen estatus económico, refleja una aspiración materialista evidente entre los posgradistas. Esta visión centrada en la remuneración económica puede generar una priorización desmedida de la ganancia material, descuidando otros aspectos igualmente relevantes en la práctica médica, como el compromiso ético, la calidad asistencial o la innovación en el campo.

La asociación directa entre el reconocimiento académico y la admiración hacia otros médicos exitosos sugiere una percepción limitada del éxito profesional. La admiración se enfoca en la obtención de méritos académicos o roles docentes como marcadores de éxito, obviando otras facetas del ejercicio médico que podrían ser igualmente valiosas, como el compromiso social, la empatía o la excelencia clínica.

La referencia al “viaje a otra provincia” como indicador de éxito puede reflejar una mentalidad de movilidad geográfica como una medida de progreso profesional. Sin embargo, esta percepción puede minimizar la importancia del arraigo comunitario y la contribución local en el ejercicio de la medicina, privilegiando la movilidad como un criterio único de ascenso profesional.

4.4.5. La moneda del éxito: reconocimiento académico como capital cultural y social en la medicina

Cómo lo habíamos explicado en el capítulo acerca de las disposiciones, respecto del reconocimiento académico se entiende que el mismo, no solo representaba la adquisición de un capital cultural, sino que el reconocimiento académico se relaciona con la adquisición de una red de contactos, o sea un capital social. Es decir, el reconocimiento académico es más que la puesta en práctica de conocimientos, también es el relacionamiento que produce el reconocimiento académico:

Posgradista 1: La (Médico tratante) le han puesto de subgerente del Hospital

Posgradista 2: Esa bruja, es especialista y estuvo de jefa de la emergencia, luego creo que le dieron...

Posgradista 1: Primero jefa de la guardia y luego ya se hizo jefa de la emergencia, pero bien estudiada y relacionada ¿No? (Gesto de sospecha)

Posgradista 2: Así parece, ahora se le escucha para Viceministra

Posgradista 1: Esos contactos de la (Médico tratante) (Registro del diario de campo, 24 de septiembre de 2021)

Para los médicos posgradistas, se puede entender que el espacio de la residencia médica actúa como un catalizador que les permite hacer "buenos contactos", lo que puede empujar su trayectoria profesional a otros niveles; y, por lo mismo, favorecer el ascenso social.

4.4.6. Tensión y agotamiento: la asociación entre esfuerzo extremo y reconocimiento académico en la práctica médica

Por otro lado, se pudo observar que para los médicos posgradistas el reconocimiento académico está ligado con características específicas, particularmente asociadas al sobre esfuerzo o sobrexigencia física y mental, mayormente en la actividad asistencial. De hecho,

existen manifestaciones de molestia frente a esta situación, pero se actúa con cierta normalidad y aceptación:

Contexto: A las 10:30 de la noche, se registra el pedido de ingreso de parte del ECU911, de un paciente trasladado por ambulancia hacia la emergencia, con trauma por arma cortopunzante. Es recibido por el médico posgradista, mientras el médico tratante habilita el cuarto crítico (hecho excepcional) con los instrumentos para canalización de vías centrales, intubación y monitorización; conjuntamente con el personal de enfermería.

El médico posgradista llega el cuarto crítico, se demoran en realizar el proceso de estabilización alrededor de dos horas y media. A continuación:

Posgradista 1: ¿Quieres unas papas?

Posgradista 2: Sí, porque ya no alcanzamos a la merienda. Este man vino con un neumotórax hecho pedazos y nos demoramos full. Estoy súper cansado y encima mañana tengo que hacer esas diapos para la presentación del caso que pidió el (Médico tratante)

Posgradista 1: Ya quiero que se acabe esta pendejada, bueno siquiera el (Médico tratante) ayudó esta vez

Posgradista 2: Sí, pero igual ya de aquí se va a dormir y me toca hacer la historia y los pedidos.

Más tarde, el médico tratante dice: Así se tiembla el carácter, tienen que estar atentos. En mi época solamente con el reposado de la avena en agua nos manteníamos alimentados, miren cómo los hospitales se pelean (por mí) por qué saben que algo se ha aprendido (Registro del diario de campo, 24 de septiembre de 2021).

En el fragmento se expone la conexión percibida entre el reconocimiento académico y la sobrexigencia física y mental entre los médicos posgradistas. Esta asociación se evidencia en las conversaciones, donde se denota una relación entre el esfuerzo extremo en la actividad asistencial y la obtención de reconocimiento por parte de figuras de autoridad en el sistema médico.

La situación del paciente ingresado de urgencia con trauma por arma cortopunzante ilustra un entorno de alta presión y exigencia, donde los médicos posgradistas se ven sumergidos en un proceso de estabilización prolongado. El agotamiento físico y mental se refleja en el diálogo, evidenciando la fatiga por la falta de descanso y la presión para cumplir con múltiples responsabilidades, como la preparación de presentaciones académicas.

La expresión de desgaste emocional y físico por parte de los médicos posgradistas es notable, sin embargo, se observa una aceptación aparente de esta situación. A pesar de las manifestaciones de molestia y agotamiento, las conversaciones indican una resignación y normalización de la sobrexigencia como parte inherente de la práctica médica, evidenciando una posible internalización de estos estándares de exigencia.

Por otro lado, el comentario del médico tratante sobre la sobrexigencia en su época, relacionando la supervivencia con el "reposado de la avena en agua", transmite un mensaje que puede ser interpretado como la normalización de la sobrexigencia, infundiendo la idea de que el agotamiento extremo es una muestra de virtud y competencia en el ámbito médico.

En conclusión, el fragmento revela una dinámica compleja donde la sobrexigencia física y mental se vincula con la percepción de reconocimiento académico, fomentada y legitimada por mensajes institucionales y de figuras de autoridad. Esta cultura de sobrexigencia puede generar efectos negativos en la salud y bienestar de los médicos, mientras perpetúa una idea de virtud y superioridad asociada al agotamiento extremo en la práctica médica.

4.4.7. Equilibrio precario: coacción extraeconómica y la búsqueda de la realización profesional en médicos posgradistas

Durante una conversación mantenida en la sala de emergencias, los médicos posgradistas hacían referencia a la realización profesional de manera implícita, refiriéndose a la misma como un futuro mejor. Aunque, este concepto pueda tener otras connotaciones, en el marco de la conversación mantenida por los médicos posgradistas. Se puede denotar la idea de que un futuro mejor se refiere a una realización profesional.

Posgradista 1: Cámbiame el turno del miércoles...

Posgradista 2: Toca ver con la Dirección Académica porque que no podíamos hacer entre nosotros (...) La Estefy tuvo la culpa

Posgradista 1: Bueno yo hago el papel, pero acola

Posgradista 2: Pero luego me cambias otro turno, no sé déjame ver mis turnos (revisa) pero luego me cambias (otro turno). ¿Para qué haces tantos turnos? Vos siempre te sacas el sucio

Posgradista 1: Quiero ir a mi tierrita jajaja (Manabí)

Posgradista 2: ¿Cómo así?

Posgradista 1: Se gradúa mi primo, pero también quiero verle a la ñora jajaja... Me molesta que 'mucho le abandono dice'

Posgradista 2: ¡Ay amigo! todo sea por un futuro mejor jajaja (Registro del diario de campo, 28 de septiembre de 2021)

En el fragmento, la coacción adquiere una naturaleza extraeconómica se presenta como un impulso interno, que influye en las decisiones y acciones de los médicos posgradistas. Este término se refiere a la presión o fuerza que, aunque no provenga directamente del ámbito económico, motiva a los individuos a actuar de cierta manera o tomar determinadas decisiones. En el fragmento proporcionado, se discute cómo esta coacción extraeconómica es en sí misma la búsqueda de realización profesional por parte de los médicos posgradistas, y cómo esta se entrelaza con sus compromisos laborales y personales. Esta coacción puede manifestarse en forma de expectativas sociales, presiones institucionales o normativas, y la búsqueda de reconocimiento profesional, contribuyendo así a moldear sus decisiones y acciones

En la conversación entre los médicos posgradistas, se observa una alusión a la realización profesional como un objetivo al que aspiran. Aunque la expresión "un futuro mejor" puede tener diversas interpretaciones, en el contexto de la conversación, parece estar asociada con la idea de lograr una realización profesional exitosa. Esto se puede evidenciar en el diálogo donde se mencionan cambios de turno y la implicación de la carga laboral en la posibilidad de atender asuntos personales.

El intercambio entre los posgradistas sugiere cierta tensión o malestar relacionado con la necesidad de equilibrar la carga laboral y los compromisos personales. Se mencionan cambios de turno y la dedicación excesiva a las responsabilidades laborales, lo cual podría interpretarse como una presión o coacción implícita hacia los médicos posgradistas para asumir una carga laboral adicional en pos de alcanzar su realización profesional.

La expresión "todo sea por un futuro mejor" puede interpretarse como una aceptación resignada de esta coacción hacia una mayor dedicación laboral en aras de alcanzar sus objetivos profesionales. Este registro contextual revela la incomodidad o desazón que experimentan los médicos posgradistas ante la necesidad de equilibrar sus responsabilidades laborales con otros aspectos de sus vidas.

En definitiva, el fragmento sugiere la existencia de una coacción extraeconómica hacia los médicos posgradistas para asumir una mayor carga laboral en busca de su realización

profesional, lo cual genera tensiones y malestar, evidenciados en comentarios y gestos más que en discursos explícitos. Esta presión parece influir en la manera en que los médicos posgradistas equilibran sus compromisos profesionales y personales. Se entiende que la realización profesional ocupa un lugar destacado, por sobre el resto de aspectos de la vida del médico, quien con posterioridad al cumplimiento de sus actividades dispondrá de tiempo para poder atender las otras dimensiones de su vida.

La coacción externa económica, referida a la realización personal, ha sido un elemento difícil de identificar en el conjunto de las actividades cotidianas y en el escenario dispuesto en la investigación. Más bien, se identifica lenguaje no verbal de malestar o desazón que se produce en medio de la realización de las actividades asistenciales, que solventan la idea de aspiración de realización profesional. En ese sentido, el registro es más bien de carácter contextual, así se puede percibir en los gestos, en los comentarios cortos, más que en discursos elaborados. Por ejemplo, en frases como "todo sea por un futuro mejor".

4.4.8. Realización profesional y competitividad en acceso a residencias médicas: impacto en la valoración del médico general en el campo médico

Por otra parte, en la interacción de los médicos posgradistas pudimos dar cuenta que el acceso a la residencia médica es reconocido como parte de la realización profesional, porque se identifica un alto grado de competitividad para el acceso y se deduce que hay una desvalorización del médico general en el campo médico en general:

Posgradista 1: La Central llamó para la recepción de un paciente, yo le dije que no teníamos camas, pero creo que es paciente IESS. Aquí, dijeron que le ingresemos como paciente privado, porque no están pagando los del IESS

Posgradista 2 Bueno, ya les voy a decir, pero tú del ingreso y yo le veo

Posgradista 1: bueno, bueno

Posgradista 2: Para esto mejor hubiera dicho que no quería el cupo

Posgradista 1: ¿Cómo así ve? ¿Tú no entraste de una?

Posgradista 2: No pues ¡No me escuchas! Yo me quedé en lista de espera, en cuarto puesto para espera. De ahí me llamaron

Posgradista 1: Sí, vi que entraron poquitos en esa convocatoria hicieron para 15 plazas no más y hubo un montón (gestos). Creo que este año van a ser las convocatorias igual, solo para

becados y no autofinanciados. Ahí sí se va a poner difícil. Igual toca ingresar porque si no, como médico general ... Solo que tengas chance en algún Hospital como asistencial para estar en un servicio, pero solo están cogiendo para emergencias y no para otros servicios de lo que sé.

Posgradista 2: Por eso mismo, me tocó seguir, en el pos no es lo que quieres sino para lo que alcanzas. Yo quería pediatría (Registro del diario de campo, 28 de septiembre de 2021).

Entonces, es evidente que a pesar de que existen muestras de malestar respecto de las actividades que se realizan en las residencias médicas, existe una idea de compensación ajena a la voluntad de los médicos. Esta idea hace relevante el acceso a un posgrado de especialización. Efectivamente, el alto grado de competitividad ligada a la escasa oferta de plazas para residencias médicas preocupa a los médicos posgradistas e inclusive se prolonga durante todo el tiempo del posgrado, como un mecanismo que le impide dejar los estudios y la actividad asistencial.

4.4.9. Tensiones financieras y coacciones en residencias médicas: impacto en la permanencia y futuro de los médicos posgradistas

De igual forma, que los mecanismos de coacción extraeconómica, la coacción económica traducida en becas y deudas se instala, de acuerdo a lo que hemos registrado, como una preocupación, entre los médicos posgradistas. En particular, se hace referencia de forma reiterativa, a la fuerza que ejerce sobre los médicos posgradistas por endeudarse o mantener un compromiso con penalidad. Inclusive, esta fuerza sostiene la permanencia de los médicos posgradistas en las condiciones en que se desarrolla la residencia médica.

Además, se identifica que existen ciertas diferencias entre becarios y autofinanciados. Se puede denotar que existe cierta distancia entre la percepción del esfuerzo que realizan los becarios con respecto de los autos financiados, en el esfuerzo económico para solventar sus estudios de posgrado:

Posgradista 1: Mañana voy a salir temprano para hacer los papeles del préstamo

Posgradista 2: ¿Tu mami ya te aceptaría ser garante?

Posgradista 1: Si, me dijo que haga de veinte mil

Posgradista 2: Yo si no quiero endeudarme, pero igual con lo que me ayudan mis papis (gestos) Después que ejerza me tocará pagarles, solo por ellos me aguanto ya me iba a botar en el r1

Posgradista 1: A mí sí de ley me toca terminar porque ya me voy a endeudar

Posgradista 2: Sí y a los becarios no sé...

Posgradista 1: Ellos no sufren nada (gestos) No ves a ellos les pagan la matrícula directamente el Seguro o el Ministerio, ni siquiera hacen los papeles, y de ahí ya les depositan

Posgradista 2: Pero espérate cuando tengan que devengar, nada que hacer... La devengada (gestos)

Posgradista 1: Sí, ¿A dónde les mandaran?

Posgradista 3: ¿Qué hablan caritas! La Borrego (esposa del médico posgradista 3) se enojó conmigo y me toca pensar donde nos vamos a ir, a ella le falta un año de Anestesiología, y ahí toca ver qué dice el Seguro

Posgradista 1: ¿A dónde quiere ir? (La esposa de médico posgradista)

Posgradista 3: Ella dice para ir a Ambato, pero no sé dónde nos mandaran. De ley nos toca pedir y hacer todo ese trámite para la devengada, igual me hubiera botado (irónicamente) en el primer semestre, pero ya con la beca igual te toca seguir hasta el último. No voy a pagar, pero ojalá no tengan presupuesto, para que digan que ahí se queda, que ya no devengamos (Registro del diario de campo, 24 de septiembre de 2021)

Por otro lado, no se puede dejar de anotar las diferencias en la percepción del esfuerzo económico, por parte de los médicos posgradistas autofinanciados. Sin embargo, tanto las becas como las deudas actúan de la misma forma, creando un grado de sujeción a las residencias médicas, identificado particularmente por una preocupación a futuro. En unos casos, respecto al trámite de devengación de las becas, pues de acuerdo a lo recogido en la interacción, la vida en sí mismo del médico posgradistas becado gira entorno del patrocinador de la beca. Esta situación produce incertidumbre del futuro.

En el diálogo entre los posgradistas, se destaca la preocupación sobre temas financieros y el impacto de las becas en su futuro. Si bien las becas ofrecen apoyo financiero, también generan una sensación de sujeción y presión para concluir el programa. Los comentarios sugieren que quienes reciben becas no enfrentan la misma carga económica que los autofinanciados, lo cual suscita desigualdades y tensiones percibidas en el esfuerzo necesario para culminar la residencia médica.

En el caso de quienes poseen becas, existe la preocupación sobre los compromisos futuros ligados a la devolución en caso de no completar el programa. Esta situación genera incertidumbre sobre su futuro laboral y el impacto en su vida personal, especialmente cuando

sus decisiones están vinculadas al patrocinador de la beca. Esta sensación de sujeción y el compromiso de terminar la residencia por obligación de la beca podrían interpretarse como una forma de coacción que influye en sus elecciones y decisiones profesionales.

4.4.10. Elitismo en relación a la competitividad

Respecto del elitismo se pudo registrar en una conversación entre médicos posgradistas que prevalece la noción de exclusividad. En ese sentido, existe la idea de reforzar la exclusividad por la presencia de factores de externos. Por un lado, se hace notar que el elitismo es necesario debido a la competitividad entre especialistas y la falta de oferta laboral:

Posgradista 1: El (Director del Programa de Posgrado) dijo que ya tenían que pedir nuevamente la autorización al CES para abrir la Convocatoria para el nuevo periodo

Posgradista 2: Ojalá ya no habrá ya estamos muchos emergenciólogos (gesto de desprecio), ya dicen que no hay ni puestos. Yo me quiero ir a mi tierra para ejercer ahí no hay no hay muchos

Posgradista 1: Claro que somos poquitos los emergenciólogos, pero no hacen valer la profesión igual con los primeros, esos que se turnan y se repiten en los Hospitales, quedan menos plazas de trabajo

Posgradista 2: Sé que van a abrir pocas plazas y todos van a ser becados, porque ya no van a permitir autos financiados, solo con las becas por ese problema de la Ley Humanitaria (Registro del diario de campo, 24 de septiembre de 2021).

Por un lado, se pudo identificar que existe una idea de exclusividad ligada a la competitividad por los puestos de trabajo. Pero, el elitismo en sí mismo actúa de forma aislada, pues "estamos muchos emergenciólogos" y "ya dicen que no hay ni puestos" actúan de forma complementaria, no se refieren a una sola propuesta discursiva, el elitismo en sí mismo se refuerza con la competitividad.

El fragmento proporcionado muestra una discusión entre médicos posgradistas que revela la presencia de un sentimiento de elitismo y exclusividad en el ámbito profesional, especialmente en relación con la escasez de oportunidades laborales en la especialidad de emergenciólogía. Este elitismo se percibe como necesario debido a la alta competitividad entre especialistas y la limitada disponibilidad de puestos de trabajo.

Se puede inferir que los posgradistas expresan una preocupación por la saturación del campo laboral en emergenciólogía. Esto se refleja en los comentarios que señalan la falta de puestos

disponibles y la dificultad para encontrar oportunidades laborales en el futuro. La percepción de la exclusividad se relaciona directamente con la competitividad por los escasos espacios laborales, lo que lleva a una mentalidad elitista entre los profesionales de esta área.

La conversación también revela la creencia de que la profesión está siendo desvalorada debido a la presencia de médicos que ocupan constantemente los puestos en los hospitales, lo que reduce aún más las oportunidades para otros emergenciólogos. Esta situación se ve agravada por políticas como la restricción de autos financiados, lo que implica que la mayoría de las plazas disponibles serán para becados. Esta limitación adicional en la financiación afecta directamente la accesibilidad a las oportunidades profesionales, creando una mayor competencia entre los posgradistas.

Es importante señalar que el elitismo y la competitividad, aunque se abordan como fenómenos distintos en el texto, están interconectados y se refuerzan mutuamente en este contexto. La mentalidad elitista se ve alimentada por la competencia por los puestos de trabajo, lo que a su vez refuerza la idea de exclusividad en el ámbito de la emergenciólogía.

4.4.11. El rol de las conexiones familiares y las palancas en el acceso profesional: elitismo y desigualdad en la medicina posgradista

Siguiendo con el elitismo, se puede notar que hay un irrumpir o una apuesta en juego de la familia y de las palancas, que emergen regularmente entre los médicos posgradistas como malestar por las ventajas que tienen otros médicos posgradistas. Se identificaron comentarios que hacen referencia a ventajas a la hora de ingresar a residencia médica, como formas de reproducción del elitismo, dado que se identifica que una médica posgradista de ascendencia familiar con relación con el campo médico, que accedió como consecuencia de ese relacionamiento. A su vez, también se posiciona el sentido de, que durante el periodo de posgrado mantendrán esas ventajas, porque la red de contactos o palancas sostienen su permanencia:

Posgradista 1: Vamos a la “Tiendita”, ya para desayunar, ya me tengo que ir

Posgradista 2: No puedo porque tengo que terminar de hacer las epicrisis y la Ch***** no va a venir

Posgradista 1: ¿Por qué?

Posgradista 2: Ha presentado otro certificado diciendo que tiene una IVU

Posgradista 1: ¡Otra vez! Hasta el lupus presento al otro día

Posgradista 2: Nunca viene

Posgradista 1: Ya sabes de ella dijo que solo tiene que dejar que pase el tiempo para que ya le den el título como el papá es amigo del C*****. Entonces, no le dicen nada, yo dudo inclusive que la beca del V****, le hayan dado por buena nota

Posgradista 2: Le cruzaron las pruebas, de ley, y así alcanzo a entrar en el séptimo puesto, por eso le dieron una beca

Posgradista 1: Sí, además cuando teníamos que hacer la cartilla de procedimientos se iba a meter ahí en el S*****. Ese man del B*****, le puso cómo pana los procedimientos (Registro del diario de campo, 28 de septiembre de 2021)

El malestar actúa como un síntoma que permite identificar el discurso del elitismo respecto de las familias y palancas, pero se hace presente en quienes no reciben "beneficios" por este tipo de acciones. El texto presenta una situación en la que se evidencia un sistema de relaciones desiguales entre médicos posgradistas. Se revela un malestar generalizado debido a la percepción de que algunos posgradistas obtienen ventajas en el ámbito laboral gracias a conexiones familiares o contactos influyentes.

Estos médicos manifiestan su frustración por la injusticia percibida en el acceso a oportunidades laborales. Se observa cómo algunos de ellos señalan situaciones en las que ciertos colegas parecen obtener beneficios injustos a través de contactos personales. Esta situación genera tensiones y resentimientos entre aquellos que se sienten excluidos de estas redes.

El texto refleja la experiencia subjetiva de estos profesionales, mostrando cómo sus percepciones individuales moldean su interpretación de las dinámicas en el campo médico. Además, evidencia una sensación generalizada de desigualdad y falta de equidad en el acceso a oportunidades laborales, lo que alimenta un sentimiento de descontento y frustración entre los médicos posgradistas.

4.4.12. Privilegio de elite: trabajo sin remuneración en el posgrado

En una conversación registrada, se pudo obtener que existe la noción de que la residencia está reservada para aquellos que tienen la posibilidad de sostener sus necesidades y las de su familia, con menos recursos o realizando la actividad asistencial. Como se indicó

anteriormente la actividad asistencial del posgradista es de carácter gratuito o mal remunerada.

Posgradista 1: El Pancho que estaba en traumato dice que se ha salido para hacer ocupacional

Posgradista 2: Por qué dice...

Posgradista 1: Que no le alcanzaba lo que le daban de la beca, como era privada entonces no le han hecho devolver, y como tenía los hijitos dijo que ya no le avanzaba para seguir. Ahora, que va hacer una maestría o especialidad de ocupacional para meterse a trabajar en eso

Posgradista 2: Chiii, yo si me quedo en el pos (Registro del diario de campo, 24 de septiembre de 2021).

Los médicos posgradistas que interactuaron en ese momento daban una connotación de lástima o estigmatiza sobre los otros médicos que abandonaban la residencia.

Contextualmente, gestos y frases combinadas con el "Chiii, yo sí me quedo en el pos" denotaron el concepto de darse un lujo, porque no tienen la necesidad económica de los que abandonaron la residencia.

En esta conversación entre médicos posgradistas, se vislumbra una realidad marcada por la estratificación económica dentro de la residencia médica. Se aprecia una concepción arraigada de que la permanencia en este ámbito está reservada para aquellos con la capacidad financiera de mantenerse en el programa, mientras que otros se ven obligados a abandonarlo debido a limitaciones económicas.

La actividad asistencial, vital para la formación, se presenta como escasamente remunerada o incluso gratuita, lo que genera un dilema financiero para algunos posgradistas. Esta situación expone una división implícita entre aquellos que pueden darse el 'lujo' de quedarse en la residencia y quienes no cuentan con los recursos necesarios para hacerlo.

La interacción revela una dinámica donde los médicos posgradistas que optan por quedarse proyectan una especie de superioridad económica, aunque implícitamente, sobre aquellos que se ven obligados a dejar la residencia por razones financieras. Este 'lujo' de permanecer en el programa se asocia con una posición privilegiada desde el punto de vista económico, mostrando, así como las limitaciones monetarias pueden influir significativamente en las decisiones profesionales y en la percepción de estas dentro de la comunidad médica.

4.4.13. Estructuras jerárquicas en el entorno médico: reconocimiento académico y superioridad profesional en disputa

De alguna forma, los elementos citados anteriormente conducen a la estructuración de una lógica jerárquica, en donde prima la superioridad profesional mediada o adquirida a través del reconocimiento académico. De esa manera, se ponen un juego otros elementos que han sido anotados anteriormente.

Para llegar a la cúspide en el espacio hospitalario se requiere de haber incorporado varios de los recursos dramáticos de los que dispone el *habitus* médico, por lo que no todos pueden "darse el lujo" de ser médicos posgradistas de último año. En ese sentido, implícitamente la jerarquía se ejerce con un rango de autoridad dotado por la superioridad profesional, eso se pudo advertir en una confrontación:

Contexto: La médica posgradista R3 tiene que turnarse para descansar en la residencia (lugar de descanso) con su compañera y la médica posgradistas R4, se advierte una pequeña confrontación. A continuación:

Posgradista R3: Ya estuve en el cuarto crítico el día anterior y solo estoy entrando yo (gestos de insinuación a su compañera)

Posgradista R4: Tú has del turno de las 10 hasta las 3 de la mañana y yo me levanto y te cubro

Posgradista R3: Te voy a dejar para que hagas lo de ingresos y me ayudes con el papeleo

Posgradista R4: Termina de hacer los pedidos y haz las evoluciones y yo ya me levanto con los que no hayas avanzado y termino

Posgradista R3: Pero tú sabes que a esa hora vienen más de ingresos, luego ya se calma

Posgradista R4: No está en discusión

Posgradista R3: La M***** también puede hacer los pedidos y las evoluciones

Posgradista R3: Ella está haciendo los procedimientos que le pidió el doctor (tratante) (Registro del diario de campo, 28 de septiembre de 2021).

Se pudo observar que la médica posgradista R3 disputaba la jerarquía con la R4, sin embargo, dada la estructura organizativa del espacio hospitalario, esta le dota de mayor jerarquía a la R4. La negociación era inviable, percatada de eso traslado la disputa hacia otra R3 de su mismo rango aparentemente, quien goza de ventaja al tener mayor reconocimiento académico, dado por el capital social adquirido por la afinidad con el tratante. En ese sentido, el conjunto de elementos contextuales que se desarrollaron en esa confrontación permitió

advertir que se ejerce determinada superioridad entre pares, por la puesta en juego del conjunto de disposiciones, quién ejerce mejor el rol o realiza una mejor performance ocupa un rango superior sobre otro. Desde la perspectiva fenomenológica, se destaca la importancia de las experiencias subjetivas de los médicos posgradistas en la construcción de su realidad laboral. Se evidencia cómo cada médico percibe, interpreta y experimenta las dinámicas de poder, jerarquía y relaciones interpersonales en el entorno hospitalario de manera única. Esto se refleja en la confrontación entre las posgradistas R3 y R4, donde sus percepciones y acciones están influenciadas por sus propias experiencias, expectativas y roles dentro de la estructura jerárquica.

Asimismo, se observa la relevancia de la interacción y la negociación entre estos médicos como parte esencial de su experiencia laboral. La confrontación revela cómo las percepciones de superioridad y autoridad se construyen y negocian en función de las tareas asignadas, las habilidades demostradas y la interacción entre pares. Esta perspectiva fenomenológica permite comprender cómo estas experiencias subjetivas moldean la interpretación y la construcción de la realidad laboral dentro del ámbito médico.

Desde el punto de vista dramático, se identifica la confrontación entre las posgradistas como una escena teatral que muestra roles, conflictos y negociaciones de poder. Cada médico asume un papel en este "teatro" organizacional, evidenciando cómo utilizan estrategias y recursos para establecer su autoridad y posición en la jerarquía médica. Las acciones y diálogos entre los personajes se convierten en escenas dramáticas que reflejan las tensiones y la negociación de roles dentro del escenario hospitalario.

La confrontación entre las posgradistas R3 y R4 se presenta como una especie de acto teatral donde se disputa la autoridad y la posición jerárquica. Los gestos, las palabras y las negociaciones entre los personajes se convierten en elementos dramáticos que reflejan la lucha por el reconocimiento y la superioridad dentro de este entorno específico.

4.4.14. Residencias médicas: entre jerarquía, maltrato y dramaturgia en la práctica hospitalaria

En la investigación, se evidencia un camino que parte de la experiencia de los médicos posgradistas y se extiende hasta los modos aparentes en que se manifiesta la residencia médica. Así, las formas más visibles de estas residencias desde una perspectiva fenomenológica se presentan como situaciones de maltrato. Resulta llamativo considerar que este estudio podría haber comenzado su análisis desde estas situaciones para luego abordar

una relación mucho más compleja, como la relación asistencial-docente. Este enfoque habría permitido comprender mejor el conjunto de elementos que hemos explorado hasta este momento. A continuación, se presenta una secuencia que parte de la experiencia directa de los médicos posgradistas y se extiende hasta los patrones visibles de las residencias médicas, enmarcados desde una perspectiva fenomenológica que evidencia situaciones de maltrato. Se destaca el hecho intrigante de que este estudio pudo haber iniciado su análisis desde estas vivencias para luego profundizar en una relación más compleja, como la dinámica asistencial-docente:

Contexto: Ingresó un paciente con un corte en el rostro que debe ser suturado de 4 a 6 puntos. El corte se ubica a la altura de la frente del paciente. Es una mujer que indica que tiene su médico tratante, que deben llamarle para que él personalmente le revise. La médica posgradista señala que, dado que es una herida menor, se podría realizar la sutura, pero qué es importante que la autorice. Se dirige hacia el médico emergenciólogo de turno. Este le indica que debe realizar la sutura, que es una sutura sencilla, que “ya debería estar acostumbrada”. La médica posgradista le señala que la paciente solicita que su médico tratante asista y que le revise el médico de emergencias. Este último le indica que llame al cirujano plástico de la señora. La médica posgradista indica que la jefa de emergencia autorizó la llamada a especialista solo a los médicos tratantes, porque ya han existido problemas anteriores. Sin embargo, el médico emergenciólogo le da la indicación nuevamente de que haga la llamada. La médica posgradistas notablemente nerviosa realiza la llamada, el médico se encuentra durmiendo dado que la emergencia se ha presentado en horas de la madrugada. El médico de cirugía plástica le dice “que no le vuelva a llamar para ese tipo de cosas y que en la mañana va a revisar al paciente”. La médica posgradistas indica al emergenciólogo que recibió esa respuesta y este último dispone que realice las suturas. La médica posgradista empieza a realizar las suturas notablemente nerviosa, debido a que el corte se presenta en el área del rostro y no quiere que las suturas dejen una cicatriz. La paciente se muestra visiblemente molesta porque quiere que su cirujano plástico le realice la sutura, le explica que no puede llegar el médico especialista y comienzan. Al siguiente día en la mañana:

Médico de cirugía plástica: Tú me llamaste para que vea un paciente

Posgradista: Sí doctor, yo le comuniqué que la paciente quería verlo, porque tenía un corte en el rostro y se procedió a realizar una sutura.

Médico de cirugía plástica: Acaso no entiendes que todo lo que es la cara tú no puedes tocar

Posgradista: Disculpe doctor, el médico de turno, me indicó que realice la sutura

Médico de cirugía plástica: (Gestos de burla) A ver hijita (le topa la cabeza) Tú apenas estás preparada para atender mocos y cacas, si quieres en otro hospital puedes coser alguna que otra herida, pero lo que es cara solamente aquellos que hemos hecho años de cirugía general y tres de plástica podemos topa. Estas atendiendo a mis pacientes.

Posgradista: Yo realicé sutura que me indicó el doctor, yo le llamé

Médico de cirugía plástica: Primero, quien eres tú para responderme, veo que eres problemática, no puedes llamarme debes entender que solo estás para pasar los pacientes a quiénes sabemos. Si no sabías era de que llames al médico residente de turno, algo ha de saber, pero tú no puedes topa la cara y es la última vez que veo que un carnicero haya cosido o haya tocado la cara de una paciente mía. Cómo le vas a coser con sutura simple y con calibre 6 no absorbible ¡Aquí hay pegamento! No estas cosiendo sacos de papa.

La posgradista se retira visiblemente afectada con miedo y temblorosa, pasa donde una compañera y empieza a llorar (Registro del diario de campo, 28 de septiembre de 2021).

El texto describe cómo el maltrato se manifiesta como una experiencia fenomenológica en las residencias médicas, particularmente en la sala de emergencias. Esta experiencia se caracteriza por la ansiedad, el estrés y la presión que enfrenta la médica posgradista al realizar una sutura facial en una paciente. Estos sentimientos reflejan la carga emocional que conlleva trabajar en un ambiente de alta exigencia.

Desde la perspectiva dramática, se observa la confrontación de roles y poder entre la médica posgradista y el médico de cirugía plástica. Cada interacción entre estos personajes se convierte en una escena teatral que ilustra la tensión, humillación y abuso de poder ejercido por el médico superior hacia la posgradista. Esto resalta las dinámicas de desigualdad y el impacto del maltrato en este contexto laboral.

Asimismo, se plantea la lectura histórica del maltrato en las residencias médicas como una representación dramática de la persistencia del menoscabo intelectual, la humillación y la agresión, tanto verbal como física, a lo largo del tiempo en estos entornos laborales. Esta revisión histórica dramatiza la continuidad de prácticas perjudiciales en el ámbito médico, destacando su influencia negativa en la experiencia y la salud mental de los profesionales de la salud en formación.

4.5. De la institución total, *frame*, *performance* y estigmatización en la residencia médica

En la investigación se identifica que los elementos constitutivos del *habitus* médico en el ámbito de las residencias médicas se manifiestan de manera particular en un contexto físico e interpersonal específico, tal como ocurre en la sala de emergencias. Esta área puede considerarse, siguiendo la perspectiva de Max Weber, como un tipo ideal que representa las características esenciales de dicho entorno. No obstante, a partir de los datos empíricos recopilados, se puede inferir que la residencia médica asume características propias de una institución total, en concordancia con el concepto planteado por Erving Goffman. Esta condición conlleva a que los médicos en formación modifiquen sus comportamientos, llegando incluso a ejercer una influencia dominante o "colonizadora" sobre otros aspectos de la vida de estos profesionales en formación.

La investigación coincide con la propuesta de García Diéguez (2020), pues a pesar que la definición propiamente de Goffmann, de instituciones sociales puede distanciarse de residencia médica en los términos formales. Del recuento de las experiencias de los médicos posgradistas, este emplazamiento físico y subjetivo se acerca más a esa definición de instituciones totales. Por otro lado, los registros de la investigación no se agotan solamente en los conceptos categorías verbales anotadas, más bien es importante situar en el *frame* o el marco de interpretación al conjunto de otros elementos no verbales, que denotan la puesta en escena del *habitus* médico.

Por otra parte, se trató de identificar puestas en escena es decir *performances* de los médicos posgradistas. En la mayoría de los casos todo se mantienen dentro del *frame*, las muestras de malestar o incluso la ironía, en conversaciones y gestos, sirven como alegorías dentro de la escenificación del médico posgradistas, pero siguen cumpliendo el rol para el cual han sido incorporados a la composición escénica. Asimismo, aunque no se exprese formalmente existen estigmatizados entre los médicos posgradistas. De una revisión, se puede notar que los recursos más utilizados para revelar a los de estigmatizar son: “botados” y “problemáticos”. Los botados son aquellos médicos posgradistas que se retiraron en algún momento del posgrado, por cualquier causa. Por último, los problemáticos son aquellos posgradistas que intentan descomponer la escenificación, critican o rehúyen de incorporar las disposiciones.

La investigación ha abordado las dinámicas presentes en las residencias médicas, destacando varios aspectos cruciales que inciden en la experiencia laboral de los médicos posgradistas.

En primer lugar, se analiza el vínculo entre el reconocimiento académico y la demanda extrema de esfuerzo físico y mental en estas residencias. Se revela una percepción arraigada entre los médicos posgradistas, quienes sienten la necesidad de desempeñarse al límite en su labor asistencial para obtener aprobación y validación por parte de las figuras de autoridad en el campo médico. Esta conexión actúa como un mecanismo de validación que legitima su posición dentro del sistema de salud.

En segundo lugar, se resalta la relevancia de las experiencias subjetivas de estos médicos en la configuración de su realidad laboral. Cada profesional percibe, interpreta y experimenta las complejas dinámicas de poder, jerarquía y relaciones dentro de su entorno laboral de manera única. Esto implica que la realidad laboral de cada médico posgradista está moldeada por sus propias experiencias, interpretaciones y percepciones individuales, lo que añade una capa de subjetividad a la dinámica de las residencias.

Conclusiones

Para concluir, la presente investigación se enfocó en examinar las manifestaciones fenoménicas presentes en las residencias médicas en Ecuador, específicamente centrándose en las experiencias de maltrato experimentadas por los médicos posgradistas. A través de un enfoque metodológico cualitativo, se logró identificar un proceso de subjetivación entre los médicos posgradistas, permitiendo así definir las características fundamentales de las residencias médicas en el contexto del país. Se destacó especialmente la existencia de un *hábitus* particular en el ámbito de las residencias médicas, evidenciado en un entorno físico e interpersonal específico, dramático, o *frame*. Además, se llegó a la conclusión de que las residencias médicas ejercen un impacto significativo en los médicos posgradistas, pudiendo afectar su bienestar emocional y su desempeño profesional.

Luego de determinar que se trata de un proceso de subjetivación, se planteó definir las características de las sus residencias médicas. En ese sentido, se realizó un proceso de abordaje contextual *in extenso*, inclusive se plantearon propuestas analíticas y diferentes enfoques de entrada para entender a las residencias médicas. Como las propuestas de las *internships* de Perlín (2011). Por otro lado, se realizó una descripción sucinta del estado de cosas, que dan cuenta de la situación de las residencias médicas en el país.

Asimismo, dado que la sociología médica es un área poco desarrollada en el país y los estudios realizados al respecto se encuentran muy aislados, se efectuó la revisión de algunas investigaciones y propuestas analíticas, hasta llegar a la Sociología de la práctica autoritaria médica de Castro y Erviti (2015). Ahora, para entender el proceso de subjetivación se requirió de un modelo analítico, que permita registrar la apariencia fenoménica de las residencias médicas. Pero, también, dar cuenta de algunos elementos de profundidad que hacen parte del proceso de subjetivación. Ese modelo analítico lo encontramos en la propuesta de Castro y Erviti (2015), asimismo, se incluyó mayores elementos de la teoría fenomenológica del interaccionismo social de Erving Goffman, particularmente el entendimiento de las residencias médicas como una institución total; y, como un escenario. Es decir, como un emplazamiento físico e intersubjetivo. Además, que es interiorizado por los médicos posgradistas.

La propuesta analítica planteó que se pueden registrar, con determinada profundidad, en las interacciones cara a cara los de elementos de la estructuración y la subjetivación. Es decir que, una vez que se anotan las características de las residencias médicas, se logra rastrear el

proceso de estructuración y los efectos que producen las residencias médicas en la interacción cara a cara. En ese sentido, la identificación de las características de las residencias médicas tuvo las siguientes vertientes: el análisis documental, que consta de la revisión de documentos oficiales como normas técnicas, entre otros; y, por otro lado, las expresiones, representaciones, discursos de los médicos posgradistas, que motivaron el proceso de investigación. En esa línea, se definieron como instrumentos de recolección de información entrevistas semiestructuradas, que más tarde permitieron dar cuenta de un orden de significados, que expresan estructuras más o menos estables, que son incorporadas por los médicos posgradistas y aparecen en el orden discursivo. De tal forma, fueron aisladas y reducidas a categorías o conceptos.

Por un lado, se realizó una descripción de las características de las residencias médicas hasta dar cuenta en conjunto de elementos que sirven como estructuras estructurantes o disposiciones que van definiendo el *habitus* del campo de las residencias médicas. En ese sentido, son elementos que operan en el proceso de estructuración o subjetivación del individuo. En este caso, se anotó las disposiciones: de la relación asistencial-docente; la expectativa de capital social y económico: retribución económica y reconocimiento académico; el deber ser: las formas de depuradas de coacción, entre la realización profesional, las becas y el tiempo perdido; elitismo: palancas, familia y segregación, la jerarquía y maltrato.

Ahora, por otra parte, dado que se identificó que las estructuras estructurantes que podían ser aisladas y podían convertirse en conceptos, categorías, inclusive relaciones semánticas. La investigación se planteó reconocer los efectos que producen estas disposiciones sobre los médicos posgradistas, dado que se refiere a un proceso de subjetivación la incorporación de estas disposiciones podía ser rastreada nivel de las interacciones cara a cara o de las actividades cotidianas de los médicos residentes.

De esa manera, la propuesta de investigación se ancló en la necesidad de registrar la interacción cara a cara para advertir la emergencia de las disposiciones en un emplazamiento físico e intersubjetivo específico, que reúna las condiciones para incorporar todas las ramas de la medicina del espacio hospitalario. Asimismo, como servir de “tipo ideal” para realizar una observación participante. En ese sentido, se pudo observar que las disposiciones se manifiestan principalmente como órdenes de significados en registros verbales y no verbales, que se presentan en la actividad cotidiana de los médicos posgradistas.

De la investigación también, se refuerza la idea de que la relación docente asistencial está anclada más en la satisfacción de las demandas de atención en salud. Por lo tanto, de las necesidades de las instituciones o establecimientos de salud. También, que la relación docente asistencial encubre una relación laboral, que produce elementos de precariedad o conduce a la precariedad a los médicos posgradistas. Asimismo, la precariedad es la principal materia de conversación en la cotidianidad de los médicos residentes, así como en el ejercicio de sus actividades asistenciales.

Por otra parte, el malestar y la ironía, así como los registros no verbales, aparecen como síntomas de la incorporación de la disposición de la relación asistencial docente. Se puede observar que existen mecanismos incorporados de coacción o económica y extraeconómica, que actúan como legitimadores de la sobrexigencia que tienen los médicos posgradistas. Así, tanto la realización profesional, el reconocimiento social y cultural son elementos que se han incorporado al médico. Por último, se dio cuenta de que la jerarquía es un proceso prolongado de incorporación o adaptación del médico durante todo el proceso de formación. Desde que ingresa al primer año de educación de tercer nivel hasta culminar en la práctica clínica. La jerarquía se va reafirmando o consolidando como consecuencia de la aplicación de prácticas de maltrato.

Por otra parte, la investigación revela un proceso de subjetivación entre los médicos posgradistas, con una naturaleza diferenciada del maltrato dirigida específicamente hacia las mujeres y otras identidades de género. Si bien este estudio no se centró explícitamente en las dimensiones interseccionales del maltrato en la formación médica, es importante destacar que existen otras investigaciones que identifican la naturaleza del maltrato desde la perspectiva de la violencia género. Sin embargo, se reconoce que hay aspectos específicos del problema relacionados tanto con el género como con otras identidades de género que requieren una atención más detallada en futuras investigaciones.

Además, se observaron elementos de humillación que hacen referencia a la clase social, especialmente en lo que respecta al origen de la jerarquía y la perpetuación de la "escuela del maltrato". Por ejemplo, se evidenció el papel del palanqueo y las conexiones familiares en la jerarquización entre los médicos, así como el privilegio asociado con la naturaleza gratuita del posgrado, que puede percibirse como una actividad reservada para una élite, asociada a la posición social del posgradista.

Estos hallazgos sugieren la necesidad de abordar las dimensiones del fenómeno de las residencias médicas desde la perspectiva interseccional en futuras investigaciones. La complejidad y la extensión de este tema requieren un enfoque multidisciplinario y la colaboración entre diferentes campos de estudio para comprender completamente las particularidades que influyen en la dinámica de poder y las relaciones dentro de las residencias médicas.

Referencias

- Acanda, Jorge. 2002. *Sociedad civil y hegemonía*. La Habana: Centro de Investigación y desarrollo de la cultura cubana Juan Marinello.
- Achig, David. 2007. *Historia de las Prácticas Médicas en Cuenca*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Agencias. 2018 “Peligro: depresión y agotamiento pone a médicos residentes en antesala del suicidio” en *Gaceta MX*, 20 de agosto. Acceso el 20 de marzo de 2020. <https://www.gaceta.mx/2018/08/peligro-depresion-y-agotamiento-pone-a-medicos-residentes-en-antesala-del-suicidio/> .
- Arcos, Gualberto. 1982. *Evolución de la Medicina en el Ecuador*. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- Baudrillard, Jean. 1978. *Olvidar a Foucault*. Valencia: Pre-textos.
- Bedoya, Rita. 2016. *Feminización de la profesión médica e inserción laboral pública en Ecuador*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc. 1995. *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Bourdieu, Pierre. 1991. *El sentido práctico*, Madrid: Taurus.
- Bourdieu, Pierre. 2000. *Cuestiones de sociología*. Madrid: Istmo.
- Calvopiña, Alexandra y Marco López. 2017. "Síndrome de burnout en médicos de cuidados críticos: una alarma de agotamiento emocional y psicopatía." *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)* No. 42.1: 56-64.
- Castro, Mayuri. 2020. “A veces médicos, a veces estudiantes” en *GK*, 14 de junio. Acceso el 1 de agosto de 2020. <https://gk.city/2020/06/14/medicos-posgradistas-ecuador/> .
- Castro, Roberto y Marcia Villanueva. 2020. “Sistemas de jerarquización del campo médico en México: un análisis sociológico Castro, Roberto y Joaquina Erviti. 2015. *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. ”. *Ciência & Saúde Coletiva* 25: 2377-2386.
- Chihu, Aquiles. 2018. “Los marcos de la experiencia”. *Sociológica (México)* 33(93): 87-117
- Ecuador Universitario. 2019. “En la Asamblea Nacional analizarán situación de médicos posgradistas” en *Ecuador Universitario*, 22 de noviembre. Acceso el 20 de marzo de 2020. <https://ecuadoruniversitario.com/agenda/en-la-asamblea-nacional-analizaran-situacion-de-medicos-posgradistas/>
- Cole, R. (2011). *El análisis de contenido de las comunicaciones: Fundamentos*. Sociedad Latina de Comunicación Social.
- Fino Sandoval, Dora Elena. 2017. *Mujeres: retos a la formación médica y praxis en salud. Reflexiones sobre género, interculturalidad, decolonialidad y derechos humanos*. (Tesis de maestría). Colombia: Universidad Pedagógica Nacional
- Foucault, Michel. 1976. “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”. *Educación médica y salud*. 10(2): 152-170.
- _____. 1977. “Historia de la medicalización”. *Educación médica y salud*. 11(1): 3-25.
- _____. 1978. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- _____. 1979. *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- _____. 1980. *Jeremías Bentham. El Panóptico*. Barcelona: La Piqueta
- _____. 1990. *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Madrid: Paidós Ibérica Ediciones SA

- _____. 2003. *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal.
- _____. 2012. *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. España: Biblioteca Nueva.
- Fraser, Nancy. 1999. "Repensando la esfera pública: una contribución a la crítica de la democracia existente". *Ecuador Debate*. 46: 139-174
- Gil, Rosalía. 2018. "Hacia una construcción del sujeto en Michel Foucault." *Wímb lu* 13(1): 9-26.
- Goffman, Erving. 1970. *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu
- _____. 1990[1959]. *La presentación del yo en la vida cotidiana*. Londres: Penguin Books.
- _____. 1994. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu
- _____. 2001. *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. 2006[1974]. *Frame Analysis: los marcos de la experiencia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Gonos, George. 1980. "The class position of Goffman's sociology: Social origins of an American structuralism". En Jason Ditton. *The view from Goffman*. London: Palgrave Macmillan: 134-169.
- Gramsci, Antonio. 1918. "La revolución contra el capital". *Il Grido del popolo*, 5, 34-37.
- _____. 1965. *Notas sobre Maquiavelo y el Estado moderno*. Lautaro: Buenos Aires.
- _____. 1980. *Antología, selección y notas de Manuel Sacristán*. Madrid: Akal
- _____. 2013. "Relaciones entre ciencia-religión-sentido común." En Antonio
- Habermas, Jürgen. 1992. "Más reflexiones sobre la esfera pública" en Craig Calhoun (Editor). *Habermas y la esfera pública*. MIT Press.
- Hermida Piedra, César. 1979. *Resumen de la historia de la medicina ecuatoriana*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Hochschild, Arlie. 1979. "Emotion Work, Feeling Rules and Social Structure". *American Journal of Sociology*, 85: 551-575.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2018. *Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades de Salud*. Archivo de Excel: "Registro estadístico de actividades de salud". Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Descargado de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>.
- Juarros, Fernanda y Judith Naidorf. 2007. "Modelos universitarios en pugna: democratización o mercantilización de la universidad y del conocimiento público en Argentina". *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)* 12(3): 483-504.
- Manning, Peter y Betsy Cullum-Swan. 1992. "Semiotics and framing: Examples". *Semiótica*. 92(3-4): 239-258.
- Marshall, Thomas Humphrey. 1998. *Ciudadanía y clase social*. España: Anaya
- Meneses Reyes, Marcela. 2016. "El agravio moral como resorte de la acción colectiva." *Revista de Estudios Sociales* 57: 43-51.
- Monteros Valdivieso, Manuel. 1968. "Eugenio Espejo, propulsor de la medicina en Ecuador colonial". En López Sánchez J. *Ensayos Científicos escritos en homenaje a Tomás Romay*. La Habana: Instituto del Libro: 143-154.
- Moore, Barrington. 2007. *La injusticia: bases sociales de la obediencia y la rebelión*. México: Instituto de Investigaciones Sociales – Universidad Nacional Autónoma de México.
- Paredes Borja, Virgilio. 1963. *Historia de la medicina en el Ecuador*. Quito: Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana.

- Pérez Montenegro, Diana Alejandra. 2020. *¿Explotación laboral?: médicos posgradistas en Ecuador*. (Tesis de licenciatura). Quito: Universidad de las Américas.
- Perlin, Ross. 2011. *Intern nation: How to earn nothing and learn little in the brave new economy*. Verso Books
- Ramírez, René. 2014. *Transformar la universidad para transformar la sociedad*. Senescyt.
- Rodríguez, Edmundo Denis, et al. 2017. "Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis." *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo: RIDE* 8.15: 387-418.
- Rojas, Jaime. 2011. "Reforma universitaria en el Ecuador. Etapa de transición". *Innovación Educativa* 11(57): 59-67.
- Santiago, Ana. 2017. "La sociedad de control: una mirada a la educación del siglo XXI desde Foucault". *Revista de filosofía*. 73: 317-336.
- Simmel, Georg. 1977. *El secreto y la Sociedad Secreta*. Madrid: Ediciones Sequitur.
- Thompson, E. P. 1981. *Miseria de la teoría*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Tilly, Charles. 1998. "Conflicto político y cambio social". En Ibarra, P. y Tejerina, B. (eds.): *Los movimientos sociales. Transformaciones políticas y cambio cultural*. Madrid: Trotta
- _____. 2004. "¿De dónde vienen los derechos?" *Sociológica* 19.55: 273-300.
- _____. 2019. "Acción colectiva." *Apuntes de Investigación del CECYP* 6: 9-32.
- Vásquez, Eduardo. 2020. *De los albores al despertar: 100 años de anestesia en el Ecuador*. (Tesis de maestría). Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Yépez Villalba, Eduardo. 1979. *150 Años de la Facultad de Medicina*. Quito: Editorial Universitaria