

# El costo humano de convertirse en médico, una lectura social y emocional del *Diario de un interno de medicina* de Daniel Rojas

The human cost of becoming a doctor, a social and emotional view of the *Diary of a medical intern* by Daniel Rojas

Diego Luza Fernández\*

Universidad Científica del Sur. Lima, Perú

dluza@cientifica.edu.pe

ORCID: 0009-0006-7074-8075

**Citar como:** Luza Fernández, D. (2024). El costo humano de convertirse en médico, una lectura social y emocional del *Diario de un interno de medicina* de Daniel Rojas. *Desde el Sur*, 16(4), e0064.

## RESUMEN

El presente artículo busca hacer una lectura del *Diario de un interno de medicina. Aproximaciones a la educación médica y al sistema de salud en Lima, Perú*, desde el enfoque de desarrollo humano y la teoría sociológica relacionada con los procesos educativos para caracterizar la formación médica en el internado de medicina. Lo que se propone es reconstruir, a través del análisis cualitativo del discurso de este testimonio, el sistema educativo construido alrededor de la formación de los médicos, sobre todo en un periodo crucial como el internado, en el cual se aprende el quehacer médico en la práctica dentro del hospital. En este escenario se producen aprendizajes vinculados al conocimiento médico y los tratamientos de enfermedades, pero también actitudes, emociones y comportamientos como producto de interacciones sociales entre los actores de los establecimientos de salud. Ellos dan luz sobre un sistema de salud con muchas carencias materiales que reproducen situaciones de maltrato y humillación no solo entre médicos, sino también hacia los pacientes.

---

\* Autor corresponsal: Diego Luza Fernández, Universidad Científica del Sur. Lima, Perú. Correo: dluza@cientifica.edu.pe

## PALABRAS CLAVE

Educación, medicina, agencia, desarrollo humano

## SUMMARY

This article seeks to analyze the *Diary of a medical intern* from the perspective of human development and the sociological theory related to educational processes to characterize medical training in the internships. The aim is to reconstruct, through qualitative analysis of the discourse of this testimony, the educational system built around the training of doctors, especially in a crucial period such as internship, in which medical practice is learned within the hospital. In this scenario, learning occurs related to medical knowledge and disease treatments, but also towards attitudes, emotions, and behaviors as a product of social interactions between the actors in health establishments. They shed light on a health system with many material deficiencies that reproduce situations of mistreatment and humiliation not only among doctors, but also towards patients.

## KEYWORDS

Education, medicine, agency, human development

## 1. Introducción

Gracias, señores. Me han mostrado que voy a aprender mucho de medicina con ustedes. Pero voy a ser yo quien les enseñe a ser persona.

### Mi padre en su primer día de médico residente

Recuerdo que así terminaba una de las muchas historias que me contaba mi padre sobre su formación como médico: desafiante frente a sus maestros, quienes antes le habían pedido que diagnosticara a un paciente. Mi padre no pudo hallar la causa de la enfermedad de ese paciente y, como consecuencia, los médicos le preguntaron de qué universidad provenía y se burlaron de su respuesta frente a él. Fue entonces cuando se dirigió a ellos con la frase del epígrafe. De chico, cuando oía esta historia, por un lado, me sentía muy orgulloso de mi padre por haber hecho frente a las personas que deseaban burlarse de él. Por otro, me enfadaba el hecho de que sus maestros, las personas que iba a mirar como modelo para formarse como médico especialista, buscaran humillarlo antes que apoyarlo para que aprendiera de sus errores.

Estos sentimientos reaparecieron cuando leí el *Diario de un interno de medicina* de Daniel Rojas (2018). A esto se sumaba la sorpresa de leer que varias anécdotas narradas en esta publicación se asemejan al episodio vivido por mi padre: la historia de mi padre tenía décadas de ser contada y, sin embargo, parecía tener mucha vigencia entre los episodios del libro. A raíz de esta situación, me quedan las siguientes inquietudes: ¿qué tipo de educación tienen los internos?, ¿qué se aprende de este tipo de educación?, ¿por qué persiste la intención de humillar en la formación de los médicos?, y ¿qué clase de médicos surgen a partir de este sistema educativo?

Para resolver estas incógnitas, el artículo se presentará en tres secciones. En la primera sección se presentarán los marcos teóricos y metodológicos que se usarán para analizar el testimonio de Rojas. Se hará énfasis en los alcances y aportes que puede dar el enfoque de las capacidades, la teoría sociológica educativa y las emociones para analizar este testimonio. En la segunda parte se mostrarán los hallazgos más importantes del análisis hecho al testimonio con el marco presentado. Con este testimonio se caracterizará el sistema de enseñanza médica de los internos y sus efectos en la formación de los futuros médicos, así como en la atención que brinden estos profesionales a sus pacientes. Por último, se dará a conocer el efecto que tiene este sistema en la formación de los internos como futuros médicos y cómo se traduce esto en la atención al paciente dentro del sistema público de salud en el Perú.

## 2. Marco teórico y metodológico

Aquí no has venido a aprender, has venido a aplicar.  
Rojas, 2018, p. 39

Para comenzar, hay que situar el contexto en el cual se encuentran estas relaciones que serán analizadas. Se trata de una estructura jerárquica liderada por médicos que tienen como objetivo formar a estudiantes de medicina hacia nuevos profesionales de la salud. En este sentido, los internos de medicina se ubican en medio de este proceso, ya que dejan de ser estudiantes para aprender a convertirse en médicos. Como lo señala Carmen Yon Leau:

El interno aún no es un médico, recibe órdenes de los médicos residentes y asistentes, y su supervisión está a cargo de un médico residente. Hace funciones que, en otras ocasiones, las haría un técnico de enfermería (p. ej., gestionar pruebas de laboratorio o llevar al paciente en la camilla), pero también otras que realizan los médicos ya graduados (p. ej., monitorear a pacientes, guardias, historias clínicas y notas de evolución de los usuarios). [...] una posición de

subordinación en el escalón inferior de la jerarquía médica (Yon Leau, 2018, pp. 15-16).

Retomando la frase con la que se inició esta sección, se puede decir que se espera que un interno de medicina ya no sea un estudiante que necesite mayor conocimiento en clases lectivas en un aula (no necesita «aprender»), sino que aplique esos conocimientos en el campo del ejercicio de la medicina: el hospital junto con pacientes, otros colegas, enfermeras, técnicos, administración, entre otros<sup>1</sup>. De esta forma, el aprendizaje debe darse ahora en el espacio del hospital, donde se transmiten conocimientos aplicados de medicina, así como también «aquellas normas, creencias y valores no declarados, implantados y transmitidos a los alumnos por medio de reglas subyacentes que estructuran las rutinas y las relaciones sociales» (Giroux, 2011, p. 72). Se ha denominado a este proceso «currículum oculto», debido al aprendizaje que se da más allá de los lineamientos del currículum formal que presentan las instituciones educativas<sup>2</sup>. Esto quiere decir que también se transmiten actitudes, valores, normas de conducta y emociones generadas por las interacciones sociales entre los diferentes actores presentes en el hospital, el nuevo espacio de aprendizaje.

También se espera que un interno conozca su lugar en esta jerarquía. Es decir, obedecer a sus superiores (médicos) y realizar las tareas que ellos les piden, como lo señalaba Yon líneas atrás. Saber su puesto en la jerarquía del hospital también supone obedecer y aceptar las órdenes y críticas de sus superiores médicos, a pesar de que estas puedan causar humillación o daños emocionales:

Inició la visita médica y los internos tuvieron que presentar a los pacientes; esto significa que tenían que exponer al costado de la paciente sobre su diagnóstico, síntomas, problemas actuales y el plan de trabajo respecto de su problema. Ese día pasó visita el doctor T, célebre por sus maltratos a los internos y residentes. Él escuchaba las presentaciones de los internos, los criticaba, recriminaba, preguntaba y volvía a preguntar hasta que se quedaran callados, y luego les increpaba sobre por qué no sabían una y otra cosa, todo ello con la intención de hacerlos sentir mal. Esto no se trataba de una corrección con fines didácticos, [...] era una forma de maltrato. Los internos en la

---

1 Esto también tiene un sustento legal en las disposiciones del Ministerio de Salud del Perú, que consideran las labores de los internos como prácticas preprofesionales, requisito dentro de su formación de pregrado hasta la actualidad (Directiva Administrativa 331-MINSA/DIGEP-2022). En ese proceso son supervisados por médicos del hospital donde realizan las prácticas.

2 Véase Giroux y Purpel (1983).

sala de hospitalización se fueron con el ánimo por los suelos (Rojas, 2018, p. 40).

De esta manera, se describe una estructura jerárquica que se asemeja a la concepción de la educación que Paulo Freire ha llamado «educación bancaria». Esta educación se caracteriza por ser un proceso centrado, principalmente, en la transmisión de contenidos y no presta atención a otros aspectos del proceso educativo, como, por ejemplo, la motivación, la creatividad, el contexto del estudiante, entre otros. Para ello, Freire describe ciertos lineamientos que sigue esta estructura educativa:

a) El educador es siempre quien educa; el educando, el que es educado. b) El educador es quien sabe; los educandos, quienes no saben. c) El educador es quien piensa, el sujeto del proceso; los educandos son los objetos pensados. d) El educador es quien habla; los educandos quienes escuchan dócilmente. e) El educador es quien disciplina; los educandos son disciplinados. f) El educador es quien opta y prescribe su opción; los educandos quienes siguen la prescripción. [...] h) El educador es quien escoge el contenido programático; los educandos, a quienes jamás se escucha, se acomodan a él. i) El educador identifica la autoridad del saber con su autoridad funcional [...] j) Finalmente, el educador es el sujeto del proceso; los educandos, meros objetos (Freire, 2013, p. 74).

Aplicado esto al contexto de formación de los internos, se puede observar que en esta estructura educativa los médicos siempre tendrán la razón por sobre los internos. Inclusive se puede ver, en el episodio mencionado, que el mismo médico quiere inducir al error a los internos que presentan a los pacientes al repreguntar hasta encontrar un error o dejarlos sin posibilidad de responder. De esta manera, el médico impone su autoridad mediante esta escena de humillación para demostrar que él es «quien sabe» y los internos son «quienes no saben», que él «siempre tendrá la razón» y los internos no. Es así como, mediante este sistema de enseñanza, se busca transmitir los contenidos de las prácticas médicas en el hospital, pero igualmente se transmite la figura de la autoridad del médico como persona incontestable e indiscutible fuente del conocimiento que aprenderán los internos para convertirse en médicos.

Este tipo de figuras de autoridad transmitidas tendrán un efecto no solo en la relación entre médicos y residentes, sino también en la relación médico-paciente:

una interna presentó a un paciente. Ella mencionó que el paciente tenía disfasia, y que probablemente se trataba de un caso de enfermedad cerebrovascular. Los médicos asintieron y continuaron con la ronda. A mí me pareció extraño ese diagnóstico, así que en la tarde

decidí visitar al paciente. Observé que en su cama pusieron llicllas, y la familiar del paciente parecía procedente de los Andes. Sospeché un poco; tal vez no hablaba castellano.

—Buenas tardes, señor, ¿cuál es su nombre? —pregunté.

No hubo respuesta.

—Imasutiki —pregunté al paciente. Y el paciente me dio su nombre y apellido claro y sin problemas. La familiar del paciente me dijo que él hablaba quechua. El paciente no tenía disfasia. El paciente hablaba quechua (Rojas, 2018, p. 80).

En este episodio se pueden notar los efectos de la autoridad de los médicos en diferentes aspectos de las relaciones sociales dentro del hospital. En primer lugar, la interna solo tiene razón en el diagnóstico debido a la aprobación de los médicos. Sin ella, la aplicación de su conocimiento no tiene validez. No se considera a un interno como fuente de conocimiento médico si no es para confirmar algo aprendido por los médicos, la fuente principal. En segundo lugar, se enfatiza una clara predominancia del conocimiento médico por sobre las personas. Es decir, valorar este tipo de conocimiento por sobre otros. Los médicos y la interna se interesan por el diagnóstico del paciente y no por otros aspectos del paciente como persona, como el idioma que habla. No hay un interés en el paciente como persona, sino como un caso a investigar y tratar desde el conocimiento médico (clasificar la enfermedad, dar tratamiento y revisar los resultados). El otro interno es el único que busca indagar en otros aspectos de la persona que atiende y tiene curiosidad por explorar otras causas. En cambio, la interna y los otros médicos solo parecieran estar interesados en confirmar la clasificación médica de la dolencia y seguir adelante con el siguiente caso, reafirmando su conocimiento médico para diagnosticar las dolencias o enfermedades. Ciertos autores como Roberto Castro, utilizando el concepto de *habitus* de Pierre Bourdieu, han descrito este tipo de interacciones como un *habitus médico*, que

es el conjunto de predisposiciones generativas que resultan en la incorporación (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo —en primer lugar, los médicos— a través de la formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza. Al mismo tiempo, dichas disposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas «razonales» y de «sentido común» posibles en tanto profesionales. [...] una práctica cotidiana espontánea, casi intuitiva, preconsciente (debido a su determinación social de origen) que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo (Castro, 2014, pp. 173-174).

Sin embargo, aunque estas prácticas se hayan convertido en cotidianas dentro del campo de formación y educación médica, los internos también tienen la capacidad de expresar, responder y modificar el conocimiento que adquieren a lo largo de su proceso educativo.

Los estudiantes y el maestro no simplemente acceden a las características opresivas de la escolarización [...] En algunos casos, ambos grupos resisten, y en algunos de ellos, modifican las prácticas escolares. [...] Los maestros y estudiantes no reciben simplemente información; también la producen y la median (Giroux, 2011, p. 86).

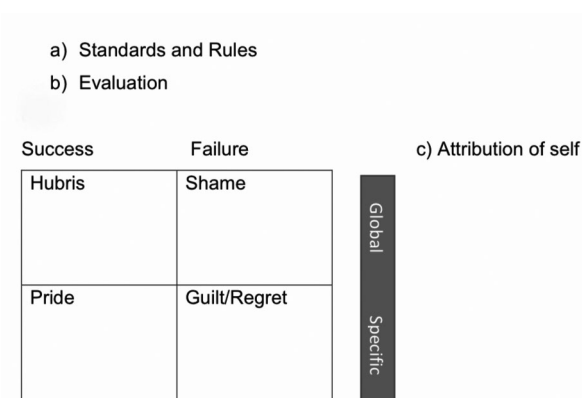
Si bien Henry Giroux ha desarrollado el concepto de «resistencia» desde reflexiones, experiencias y estudios desde el contexto de la educación escolar, es útil asimismo para analizar el contexto de la educación médica estudiado. Se puede reconocer el carácter opresivo del *habitus médico* cuando se señala el rol del médico sobre el del interno (el primero enseña e impone el conocimiento médico que quiere transmitir a los estudiantes en formación y el segundo recibe la información y se le pide reproducirla tal cual la ha transmitido el maestro). Pero la pieza faltante en este proceso es la capacidad del interno no solo de recibir información y conocimiento, sino también de analizarlos, evaluarlos, modificarlos y utilizarlos de acuerdo con los contextos que enfrentan en su campo laboral.

«La noción de resistencia señala la necesidad de comprender más a fondo las formas complejas bajo las cuales la gente media y responde a la interacción entre sus propias experiencias vividas y las estructuras de dominación y opresión [...] el poder no es unidimensional; es ejercido no solo como modo de dominación sino también como acto de resistencia o como expresión de una forma creativa de producción cultural y social fuera de la fuerza inmediata de la dominación (Giroux, 2011, pp. 144-145).

En este sentido, los internos también tienen la capacidad de responder, evaluar y modificar el conocimiento recibido por parte de los médicos en el hospital a la hora de tomar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Si se regresa al ejemplo del paciente quechuahablante, es claro que el interno adquiere el conocimiento de un diagnóstico por medio de los médicos al supervisar las guardias en el hospital, pero además elige probar un enfoque alternativo: considerar el tema del idioma antes de clasificar al paciente dentro de un diagnóstico médico. A pesar de lo mencionado, hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones: en primer lugar, que la capacidad de resistir es una opción dentro de muchas que eligen los internos, al igual que reproducir el conocimiento tal cual lo indica el médico docente (recordar que la primera interna diagnosticó al paciente dentro de los parámetros aceptados por

los médicos); y, en segundo lugar, que resistir se manifiesta en las acciones que llevan a cabo las personas dentro de su propio proceso educativo y en los sentimientos que se revelan en medio de este proceso. De ahí que el testimonio de Rojas sea valioso por su descripción, desde su perspectiva, de la educación médica que recibe, así como por los sentimientos que salen a relucir en medio de ese proceso, que dan a conocer las motivaciones, las reflexiones y los aprendizajes que van adquiriendo los internos.

Para analizar con mayor precisión y profundidad los sentimientos presentados a lo largo del testimonio de Rojas, se ha considerado el modelo de Michael Lewis, quien elabora el esquema presentado en la figura 1, con el fin de situar estas emociones que requieren la introspección de las personas.



**FIGURA 1.** Espectro de sentimientos autoconscientes.  
Nota. Tomado de Lewis (1992, p. 65).

Un primer nivel identificado en este esquema es el de la letra a, que recibe el nombre de «standards and rules». Para Lewis, siempre hay un conjunto de reglas o estándares dentro del grupo o impuestas por uno mismo (actitudes, comportamientos, pesar, actuar, inclusive sentir), a partir de los cuales la persona siente que ha alcanzado un éxito o fracaso por diferentes motivos. En el caso de los internos de medicina, los estándares están fijados en gran medida por el sistema educativo (la educación médica en la universidad y en el hospital), pero también por los actores que interactúan dentro de este sistema, como es el caso de los médicos: ellos también expresan sus expectativas hacia los internos (a veces no de manera formal) y, como se verá más adelante, eso influye en la propia percepción de los internos e internas sobre lo logrado durante su proceso educativo.



El segundo nivel, señalado con la letra *b*, corresponde al nivel de la evaluación, es decir, la propia evaluación que ha tenido la persona a partir de su accionar según los estándares y las reglas del grupo o de uno mismo. Esto se manifiesta mediante las denominaciones «success» y «failure» («éxito» y «fracaso» en inglés), lo cual corresponde a haber conseguido o no los objetivos de acuerdo con los estándares establecidos en *a*. El tercer nivel se manifiesta en función de lo que Lewis llama el «self»: la forma en que una persona genera una autoconciencia sobre los actos que ha realizado y construye una propia imagen personal según esta reflexión. Esta imagen puede ser global o específica. Cuando se refiere a lo global, la experiencia ha llevado a la persona a una reflexión de sí misma, que la lleva a la conclusión de que puede considerarse un éxito o fracaso como ser humano. Debe añadirse que los efectos de este tipo de sentimientos de alcance global también tienen un efecto más duradero, por lo que han sido reconocidos por Lewis como bastante poderosos y puede ser muy difícil lidiar con ellos o incluso desapegarse de sus efectos. Por esta razón, Lewis reconoce que la soberbia («hubris») y la vergüenza («shame») son sentimientos de poderoso alcance global: la soberbia es un estado constante de sensación de éxito (como persona), lo que lleva incluso a considerarse superior a los demás debido a su sensación de éxito como persona («ha tenido éxito como persona sobre los demás»); y la vergüenza es un sentimiento devastador en la persona, porque su reflexión lo ha llevado a la conclusión de que ha fallado como persona, algo muy difícil de «remediar» o escapar. En cuanto a la atribución específica del «self», se refiere a la evaluación de uno mismo, pero desde una acción específica que considera que solo a partir de esa acción puede llegarse a una sensación de éxito o de fracaso. Lewis destaca el orgullo («pride») y la culpa o remordimiento («guilt/regret») como sentimientos de alcance del «self» de manera específica: el orgullo se caracteriza por llevar a cabo una acción que permite generar una sensación de éxito, que, de repetirse, puede, en otra oportunidad, repetir dicha experiencia (por ejemplo, la satisfacción de ganar una competencia y dar orgullo a su familia y de ganar otra podría repetir dicho sentimiento de nuevo); en el caso de la culpa, haber cometido un acto que ha llevado a una experiencia de fracaso, hay cierta esperanza de remediarla en el futuro con acciones de carácter correctivo, con el fin de evitarla en próximas oportunidades (por ejemplo, cocinar arroz por primera vez y, como resultado, quemarlo: se puede experimentar una sensación de fracaso por no haber cocinado bien el alimento en ese momento, pero existe la posibilidad de tener una siguiente oportunidad con acciones dirigidas a obtener un mejor desenlace: la posibilidad de un resultado de orgullo).

Así, este trabajo se propone analizar otras dimensiones del proceso educativo médico, que van más allá del ámbito académico. En esta misma línea, el enfoque de las capacidades ayuda a entender hacia dónde apunta una educación que contemple las múltiples dimensiones del ser humano, ya que considera a cada persona como «un digno y responsable ser humano quien da forma a su propia vida a la luz de objetivos que importan» (Walker y Unterhalter, 2007, p. 5, traducción propia)<sup>3</sup>. Esta capacidad de dar forma a la vida propia es lo que se conoce como agencia. En el caso de los internos de medicina, se debe considerar que ellos están dando forma a una parte de su vida (su carrera profesional), a la luz de objetivos que les importan en el proceso educativo para convertirse en médicos. Por este motivo, lo que es materia de investigación en este trabajo es qué tanto se expande o restringe la agencia de los internos (tomando como referencia el testimonio de Rojas) a través del sistema educativo que los prepara para ser médicos. Al mismo tiempo, se puede observar si los profesionales de la medicina formados con este sistema también expanden o restringen la agencia de sus pacientes al atenderlos.

En educación somos agentes de nuestro propio aprendizaje, los agentes o instrumentos de aprendizaje (o falla en alcanzar este) de otros, y los beneficiarios de la agencia de otros. [...] Hacemos ejercicio de nuestra agencia individualmente y en cooperación con otros [...] Nuestras elecciones están profundamente conformadas por la estructura de oportunidades disponible para nosotros de tal manera que un grupo en desventaja viene a aceptar su estatus dentro de una jerarquía como correcto, aunque involucre la negación de oportunidades. Este tipo de preferencias adaptativas pueden limitar aspiraciones individuales y esperanzas para el futuro. Ajustamos nuestras esperanzas a nuestras probabilidades, aunque estas no se encuentren en nuestros mejores intereses (Walker y Unterhalter, 2007, p. 6, traducción propia)<sup>4</sup>.

Esto quiere decir que la agencia de los internos, que se cultiva a lo largo de su aprendizaje en la carrera médica y es expresada en los sentimientos que serán analizados en el testimonio de Rojas, también influirá en la calidad del servicio de salud que se prestará a los pacientes. De ahí

---

3 «a dignified and responsible human being who shapes her or his own life in the light of goals that matter».

4 «In education we are the agents of our own learning, the agents or instruments of the learning (or failure to learn) of others, and the recipients of others' agency. [...] We exercise our agency individually and in cooperation with others [...] Our choices are deeply shaped by the structure of opportunities available to us so that a disadvantage group comes to accept its status within the hierarchy as correct even when it involves a denial of opportunities. Such adapted preferences can limit individual aspirations and hopes for the future. We adjust our hopes to our probabilities, even if these are not in our best interest».

que una educación médica deba prestar atención tanto a la formación académica como a la emocional y social del médico durante su camino a convertirse en un profesional de la salud. En este sentido, es necesario analizar y comprender las relaciones sociales que se establecen entre los actores alrededor del sistema de salud, ya que:

la agencia (y el poder) dependen de modo crucial del surgimiento de una red de actores que llegan a ser parcialmente, aunque casi nunca por completo, enrolados en el «proyecto» de alguna otra persona o personas. La agencia, entonces, implica la generación y uso o manipulación de redes de relaciones sociales y la canalización de elementos específicos (como demandas, órdenes, bienes, instrumentos e información) a través de puntos nodales de interpretación e interacción [...] los actores son capaces (incluso en un espacio social y personal en extremo restringido) de procesar y sistematizar (de manera consciente o inconsciente) sus experiencias vividas y actuar en ellas (Long, 2007, pp. 50-52).

En el caso del testimonio de Rojas, si bien es un caso individual, se evidencia una conciencia más profunda sobre el funcionamiento de estas redes de relaciones y la forma en que afectan a los internos (médicos en formación) y a los últimos destinatarios del servicio de salud (los pacientes). Como se presentará en los resultados, a pesar de tener margen de acción del que habla la autora, esas acciones no siempre se enfocan en el bienestar del paciente y los otros actores involucrados en el sistema de salud, sino que, en muchas ocasiones, puede primar un carácter utilitario de cumplir con los procedimientos burocráticos y las normas (o tratar de transgredirlas) en perjuicio de los demás.

### **3. Resultados. Sentimientos, expectativas y la formación de un médico: análisis del testimonio de Daniel Rojas**

El orgullo es el primero de los sentimientos por analizar, ya que da claridad sobre las motivaciones que tienen los internos para elegir la medicina como una carrera y una idea de lo que significa ser un médico para los jóvenes que se entrenan para serlo. Hay que recordar que, de acuerdo con el modelo de Lewis, el orgullo es «la consecuencia de una evaluación exitosa de una acción específica» (Lewis, 1992, p. 28, traducción propia). Esto quiere decir que hay ciertas acciones dentro del espacio del hospital que producen en los internos la sensación de éxito temporalmente cuando reflexionan sobre su accionar:

Hay momentos en la rotación que llenan de satisfacción. Por una parte, están aquellos en lo que una paciente se va de alta con bastante mejoría. En varias ocasiones había visto en el servicio de emergencia a pacientes que llegaron mal y que después de nuestra intervención

se iban recuperados. Era realmente satisfactorio. Podía sonreír al ver a la persona mejorada y diciendo «gracias» [...] sentía que su trabajo era importante, útil. Muchos compañeros me decían ello: que sentían que en la rotación de Medicina [Interna] su trabajo era útil, porque así veían que el paciente mejoraba (Rojas, 2018, p. 67).

Es aquí donde se da cuenta que el orgullo está asociado a no solo brindar la atención médica, sino también que dicha atención signifique una mejoría en la salud del paciente. Una validación de que su trabajo ha sido útil para mejorar la calidad de vida del paciente. Pero no solo se trata de llegar al objetivo de la mejoría del paciente. Las experiencias de éxito también se manifiestan en un ambiente colaborativo, en el cual se hace más motivador llegar a la meta planteada:

cuando concretamos las cosas que se habían planeado, sentimos cierta satisfacción; estábamos trabajando juntos y organizados. Nuestro fin era mantener vivo al paciente. Cada objetivo logrado, ya fuera el material para el catéter, o las interconsultas, nos acercaba más a conseguir que el paciente viviera. Estábamos emocionados por el avance que conseguíamos, pero también teníamos miedo. [...] es abrumadora la sensación de incertidumbre al ver a una persona empeorar y no saber si podrá mejorar o no; pero, a pesar de ello, estábamos juntos, apoyándonos entre nosotros y trabajando para que el paciente mejore (Rojas, 2018, p. 69).

El trabajo en equipo es una herramienta que los internos valoran, ya que se sienten apoyados ante la incertidumbre de la mejoría o el empeoramiento del paciente. No se trata de únicamente prestar un servicio o aplicar un conocimiento, sino de mantener viva a una persona. Además, el tratamiento que ofrece el personal de salud en otros casos dista de prescripciones médicas, análisis o intervenciones. Más bien consta en escuchar y prestar atención a los testimonios de los pacientes:

Un día en que estaba en hospitalización de Ginecología, me quedé retenido hasta las ocho de la noche como castigo por haber llegado diez minutos tarde. [...] miré a una paciente y percibí que deseaba que la atendiera. Ello no necesitaba evaluación; estaba posoperada de un cáncer de mama. [...] En ese momento la evalué escuetamente, pero lo que la señora necesitaba era hablar de su problema. Ella comenzó a contarme cómo inició su cuadro de cáncer, cómo lo afrontó con su familia, de las veces que venía al hospital para ser atendida y de lo agradecida que se sentía al ser operada de aquello que la angustiaba tanto. Dejé que hablara, me olvidé del reloj, esperé que continuara hasta soltar todo lo que guardaba. [...] La noté tranquila, muy distinta a como la vi al inicio. Había podido liberar aquello que tenía en mente, lo pudo compartir, y ahí estuve yo para poder escucharla.

La paz que encontró me llenó de satisfacción. La pude acompañar en ese momento, y eso también fue terapéutico. [...] ahí estaba la medicina (Rojas, 2018, pp. 48-49).

De nuevo se hace presente la satisfacción en relación con la mejoría paciente, pero en esta oportunidad se trata de concentrarse en las necesidades del paciente, en su diagnóstico o sus dolencias físicas, y, de igual modo, en las necesidades emocionales. En este sentido, se da cuenta de que los sentimientos de los internos en el espacio del hospital se encuentran estrechamente relacionados con el éxito o fracaso que tengan durante el proceso de atender a los pacientes.

Sin embargo, no se debe olvidar que las intenciones y las acciones de los internos de medicina se dan en el espacio del hospital en un contexto de carencia, es decir, que no hay los recursos suficientes para atender a los pacientes que necesitan del servicio de salud. Los internos son, en este sentido, bastante conscientes de esta realidad, la cual están aprendiendo a enfrentar:

El servicio de emergencias de Ginecología no contaba con reactivos para la prueba de embarazo ni tampoco con ecógrafo, porque el que se tenía se averió. [...] cuando una paciente llegaba al servicio y se sospechaba el diagnóstico de gestación, se le ordenaba que fuera a un laboratorio a realizarse el examen de embarazo o a otro hospital y que regresara con los resultados. Lo mismo sucedía cuando se necesitaba una ecografía (Rojas, 2018, p. 41).

La carencia no solo involucra a las herramientas de trabajo, sino también al personal disponible ante la gran cantidad de personas que se ven en necesidad de recibir atención médica:

Llegué al tóxico de Gineco[logía] y vi que el servicio estaba lleno. Las pacientes y los familiares reclamaban a las obstetrices que las atendieran. Faltaban manos para asistir a todas las personas (Rojas, 2018, p. 44).

Hay que recordar que los internos no son todavía médicos, por lo que no pueden brindar una atención adecuada a los pacientes que llegan al hospital. Están en un proceso de aprendizaje, en el cual, cuando se les enseña ciertos procedimientos o intervenciones, siempre se encuentran supervisados por un profesional de la salud (médicos, de enfermería, técnicos, etc.). Se observa entonces que la prestación de servicios de salud no funciona solo a partir de la dotación de recursos materiales, sino también de la disponibilidad del personal capacitado para atender a los pacientes.

Otro obstáculo dentro del sistema que priva el acceso pleno al servicio de la atención médica por parte de los pacientes es identificado por

los internos como «el trámite». Es decir, los procedimientos para solicitar atención médica y recursos de acuerdo con la dolencia o procedimientos que deba hacerse el paciente:

[La paciente] Estaba internada en el segundo pabellón y necesitaba de un procedimiento diagnóstico, pero para ello debía estar afiliada al SIS. Llegó su padre. [...] él no tenía idea de qué trámites realizar. [...] Conversé con las enfermeras del asunto y luego me puse de voluntario para hacer el trámite por él. Al fin y al cabo, en ese momento tenía minutos libres. [...] el trámite fue relativamente sencillo, pero creo que lo fue porque llevaba bata blanca y era «doctor». Esa facilidad no es tan frecuente con las personas que no llevan esta ropa. A veces un trámite puede determinar el pronóstico de una persona (Rojas, 2018, p. 53).

El sistema brinda acceso a la prestación de servicios de salud únicamente a las personas familiarizadas con los procedimientos. «El trámite» obviamente será un proceso mucho más fácil para un médico o un interno, ya que ellos forman parte del sistema, pero las mismas personas hacia las cuales está destinado este servicio, los pacientes, tendrán una barrera muy grande, si es que no generan alguna empatía con algunos de los profesionales de la salud.

Ante la frustración que genera el haber tenido tanta expectativa y ánimo para ayudar a los pacientes al comenzar el internado y tener tantas barreras dentro del sistema de salud y el contexto de carencia, aparece la culpa o remordimiento, que es denominada por Lewis como la situación en la cual «individuos evalúan su propio comportamiento como un fracaso, pero se enfocan en [...] acciones específicas que guiaron a ese fracaso» (Lewis, 1992, p. 76, traducción propia). Las intenciones y expectativas de los internos se ven frustradas cuando ejercen su práctica médica en un contexto que no les permite atender plenamente a los pacientes que requieren de su ayuda. Cabe añadir que los internos, al encontrarse en un proceso de aprendizaje, todavía no son médicos, por lo que parte de este proceso incluye darles tareas relacionadas con el monitoreo y la gestión de pruebas de los pacientes, pero, al no darse el sistema de salud abasto en un contexto de carencia, los internos terminan siendo los primeros sobrecargados de este tipo de trabajos:

[los residentes] planteaban que nos iban a dar, como se dice, una semana para poder adecuarnos al sistema. Y después de esa semana ya venían todas las exigencias para nosotros. Por eso, nosotros, con la finalidad de poder adecuarnos al sistema, nos quedamos a veces hasta más de las ocho de la noche. Llegaba las diez de la noche, a veces, y con decir que en algunas oportunidades hemos salido a las doce

de la noche, [...] con la finalidad de cumplir todas nuestras labores y que, de alguna manera, bueno, las cosas se queden en buenas condiciones para que sean aplicadas el otro día. [...] se hacía una rutina. [...] tú no podrías abandonar el pabellón si es que de repente no habías cumplido con toda tu labor. Si eso demandaba quedarte hasta las siete, hasta las siete; si demandaba quedarte hasta las ocho, hasta las ocho. [...] el interno específicamente en Cirugía tiene hora de ingreso, mas no tiene hora de salida, no tiene hora de alimento, no tiene nada. [...] el interno simplemente es una ficha, y debe estar ahí donde se le necesita y punto (Rojas, 2018, p. 46).

Y esta sobrecarga de trabajo, al convertirse en rutina, también tiene consecuencias en la manera en que se ofrece la atención médica, ya que involucra establecer prioridades que en muchos casos se alejan del objetivo de ayudar a las personas, motivación inicial de los internos:

La paciente no tenía buen pronóstico. Me sentía mal porque no me había dado cuenta de su estado. Pensé que si hubiera estado más atento a ella podría haberme percatado a tiempo de los signos de alarma, pero estuve más ocupado corriendo para terminar las evoluciones de las pacientes y completar las notas de evolución. Fue como si en realidad más me importara tener el papel llenado en vez de [...] la paciente (Rojas, 2018, p. 52).

Entonces, la preocupación de los internos da un giro hacia las necesidades de información y registro del sistema de salud (registro de pruebas, evoluciones de pacientes, historia médica, entre otros). La sobrecarga de trabajo influye en las prioridades de los médicos y ejerce presión sobre la calidad de atención a los pacientes: el interno, con sobrecarga de trabajo, no quiere dejar pendientes en el sistema y elige librarse de esta carga de trabajo, incluso si esto cuesta no hacer una evaluación exhaustiva del paciente. Pero la sobrecarga también tiene efectos en los mismos internos. Uno de ellos es el agotamiento físico, que puede tener consecuencias graves:

hay momentos, por ejemplo, que tú estabas hasta las siete de la noche, y a las siete y media entraba tu guardia. Entonces, no había ese descanso preguardia [...] empalmabas tu trabajo en tu pabellón con tu guardia. Incluso, a veces, ni siquiera terminabas; tenías que correr a tu guardia. Y quedaban pendientes algunas cosas que tenías que encargarles a los otros internos que por favor lo hicieran [...] el interno iba, pues, como se dice, más de treinta y seis horas de trabajo consecutivo. [...] No se podía dejar de entrar a las operaciones que tenías programadas. Pero ocurría que durante la operación cabeceabas, te estabas durmiendo. [...] una médica R1 que casi se cae dormida en la sala. Estaba cansada y cabeceó de tal manera que casi se desequilibra

en la sala. Y el doctor asistente [...] le dijo: «¿Qué pasa, colega? ¿Usted quiere dormirse conmigo?» (Rojas, 2018, pp. 46-47).

Aquí no solo se trata del riesgo que se corre al brindar atención de salud en condiciones de agotamiento, sino también de las mínimas condiciones de bienestar de los internos. Que se estén durmiendo en una sala de operaciones demuestra que no se cumple ningún objetivo de aprendizaje en ese momento (estar durmiendo muestra que no se presta atención al procedimiento). Además, la misma salud del interno se ve en riesgo (36 horas de trabajo consecutivo y el agotamiento físico es evidente). Incluso el profesional responsable de enseñar a los internos, el médico asistente, no atiende, apoya o empatiza con la situación de la interna agotada, sino que se burla de ella, lo que hace mucho más difícil sobrellevar este tipo de situaciones.

Otro efecto muy importante de la sobrecarga laboral es lo que los internos llaman «aburrimiento». Esto quiere decir, que, al convertirse el contexto de carencia y sobrecarga en una rutina, los internos rehúyen de la carga laboral para evitar las situaciones de agotamiento descritas anteriormente.

un interno nos contó que no quería que ningún paciente entre al piso de Pediatría, porque de ser así a él le correspondería hacer el ingreso, y como estaba aburrido y no tenía ganas de asumir a algún paciente, descolgó el teléfono del servicio de tal manera que no se pueda avisar sobre la llegada de una paciente a hospitalización. [...] llega una paciente a emergencia, si está grave se estabiliza, se hospitaliza unas horas dentro de emergencia y luego pasa a ser internado en la sala de hospitalización, pero para eso las enfermeras tienen que llamar al servicio de hospitalización con el fin de reportar que están pasando a un paciente del servicio de emergencia al servicio de hospitalización. Una vez reportada la hospitalización, el paciente sube y el interno tiene que hacer la nota de ingreso. En este caso el interno descolgó el teléfono, así que no había forma de notificar el ingreso, él se quedó sin hacer el ingreso. [...] en el servicio de Medicina [Interna] las enfermeras hacían lo mismo para no asumir el ingreso: dejaban el teléfono descolgado el mayor tiempo posible, de preferencia hasta el siguiente turno, para que la enfermera que entrara asumiera el ingreso (Rojas, 2018, pp. 125-126).

En este caso sí hay un perjuicio directo hacia los pacientes por parte de las acciones de los internos y otro personal de salud que también lleva a cabo estas prácticas. Por evitar la sobrecarga laboral, se restringe el acceso adecuado a la atención de salud. De este modo, se nota la contradicción entre la motivación inicial de los internos de medicina en brindar a público una adecuada atención de salud y las decisiones que toman en la



práctica médica, al enfrentar el contexto de carencia y sobrecarga laboral del sistema de salud.

Pero dentro del mismo círculo médico hay obstáculos que enfrentar por parte de los internos: la relación con los mismos médicos (residentes y especialistas), de quienes se supone deben aprender el quehacer de su profesión. Para este punto, es importante tener en cuenta el concepto de Lewis sobre la vergüenza, que se define como «la evaluación negativa de las acciones de un individuo en relación con sus estándares, reglas, objetivos y la propia evaluación de su persona» (Lewis, 1992, p. 75, traducción propia). Esta evaluación final se traduce en la experiencia de sentirse en un fracaso como persona, un sentimiento muy fuerte que incluso se introduce en la identidad de la persona. Son constantes las referencias en el testimonio de momentos en que los internos deben presentar casos médicos y la actitud del médico encargado es crear situaciones de humillación, con la intención de que se vean como medidas correctivas para evitar errores en el futuro:

el doctor T cada vez que pasaba visita gritaba o humillaba a los internos o residentes. Su forma de presionar era a través de preguntas. Primero estaba atento a la presentación del caso de un residente. Luego observaba si este dudaba en algo, y en ese momento comenzaba a preguntar buscando algo que se hubiera olvidado [...] Entonces preguntaba y repreguntaba hasta que el residente balbuceaba o se quedaba callado, y era ahí cuando le gritaba y cuestionaba. [...] en una ocasión una residente salió llorando de la sala de hospitalización a causa del trato recibido. También era conocida la actitud del doctor T hacia las internas. En más de una ocasión invitaba a alguna interna a sus guardias nocturnas, pero cuando una en particular no iba, él podía llegar a gritar a los internos y residentes. En la sala de hospitalización, los internos se ponían de acuerdo para poner a su lado a esa interna para que el doctor T estuviera de buen humor y así evitar sus gritos durante la visita (Rojas, 2018, pp. 47-48).

En este escenario se puede observar la intención de humillar a la interna hasta inducirla al error frente a los demás. Al presentar sus errores ante sus pares internos, el sentimiento de vergüenza es tan grande, que tiene los efectos emocionales de no soportar la situación y huir de ese ambiente. Por otro lado, se hace evidente que los internos desarrollan estrategias y toman decisiones a partir de estas situaciones para evitarlas en el futuro, es decir, hacen uso de su agencia. Sin embargo, la agencia desarrollada por ellos se basa únicamente en evitar el maltrato del médico responsable y en convertir en un objeto de protección a una colega interna, lo que dista mucho de una ambiente seguro y adecuado para el aprendizaje.

En un comienzo, este tipo de conductas de humillación tienen la intención de recordar a los internos los procedimientos a seguir dentro del hospital bajo la amenaza de un castigo:

la doctora P. [...] grita a los internos durante la visita médica e incluso rompe sus notas y las de los residentes. En algunas ocasiones tiraba las historias clínicas al suelo. [...] ella actuaba así cuando los internos o residentes no tenían todo completo para presentar a la paciente [...] para nosotros ese trato era angustiante. Contábamos las horas para que termine la visita. Todos nos poníamos de acuerdo antes de la hora de visita para que todo esté bien ante los ojos de la doctora P. (Rojas, 2018, p. 47).

No obstante, al convertirse este tipo de situaciones en rutina, deviene también en decisiones y estrategias que, para evitar el castigo o maltrato de los médicos responsables, pueden atentar contra la misma salud de los pacientes:

Acá en Pediatría se escoden o se maquillan muchos datos. Los residentes tratan de quedar bien con los asistentes, y para ellos alteran datos; hacen parecer que todo está bien. [...] y bajo control [...] Había ocasiones en las que no se determinaban los datos del paciente y se llenaban con datos ficticios. [...] En un caso de shock es imperdonable no realizar medición de funciones. [...] cuando una paciente estaba chocando [en *shock*], los médicos asistentes revisaron su historia clínica y vieron que había discordancia entre los valores de sus funciones vitales y las que estaban consignadas en la historia clínica. Entonces, llamaron al interno y le preguntaron, y él dijo que sí, que él había medido las funciones vitales. Le preguntaron si realmente estaba seguro de eso, y él volvió a afirmar. Luego le dijeron que jure por su abuela, que había fallecido hace unos días, y él reconoció que no había medido las funciones (Rojas, 2018, pp. 100-102).

Mentir y consignar los datos falsos es una estrategia que desarrollan los internos para evitar el maltrato y los castigos por parte de sus superiores. No se cumple aquí con un objetivo de aprendizaje; más bien, se trata de evitar el error y castigo, inclusive si significa poner en riesgo la vida de un paciente. Esto significa que las relaciones entre los internos y las otras personas profesionales de salud (enfermeras, médicos, técnicas, etc.) se encuentran construidas sobre lazos de vergüenza y humillación que promueven una relación vertical, donde los internos, al no ser todavía profesionales, son el último eslabón en la jerarquía dentro de los sistemas de salud.

Para completar el panorama, la soberbia también se hace presente en las relaciones entre los actores del hospital. Según Lewis, la soberbia

puede ser definida como «el orgullo exagerado o la confianza en uno mismo que frecuentemente resulta en castigo o venganza» (Lewis, 1992, p. 78, traducción propia). Esto se ve reflejado en los apodosos que tiene el personal de salud para los internos:

sobre el trato de los residentes a los internos. [...] Éramos (somos) como cosas, como perros, inclusive había un término para ello: chacales. Era frecuente escuchar así: «Oye, D, llama a tus chacales, tenemos que hacer reanimación». De chacal y chacales nace el término «chacalizar», que quiere decir, más o menos, que se llena de trabajo a un chacal, y es aún peor cuando la sobrecarga de trabajo provenía de labores que bien podrían haber hecho los residentes, pero que preferían delegarlas en los subordinados. El lunes la residente nos mandó a comprarle su desayuno. Me avergonzaba tener que obedecer esas órdenes. Un compañero me contó que se negó a comprar el desayuno a una residente y hubo un lío con ello. [...] Entonces estaba en un dilema: si desobedecía y me ponía firme, ya me ganaba anticuerpos y me estigmatizarían, seguramente me castigarían o tomaría una actitud prepotente con la intención de que prevalezca la posición de poder. [...] Por otra parte, si callaba y obedecía me pudriría por dentro. Me indignaba la poca consideración de los residentes (Rojas, 2018, p. 103).

A través del apodo «chacal», los residentes y otro personal de salud marcan la jerarquía que tienen en el sistema de salud. Su orgullo de ser médico (y ya no interno) es tan exagerado, que deben exhibirlo constantemente ante los demás actores dentro del hospital, demostrar su poder y mandar sobre lo que alguna vez fueron, pero que ahora son sus subordinados. La demostración de jerarquía a través de la humillación por parte del personal de salud es una práctica que se reproduce constante y cotidianamente en el espacio del hospital, al ser vista como una predisposición necesaria para entender el ejercicio de la medicina por parte de los profesionales de la salud. Esta predisposición a la humillación tiene adicionalmente un alcance en los pacientes, en cuyo proceso de recibir la atención de los profesionales de la salud se ven humillados desde la jerarquía que supone ser un médico en un hospital:

En la sala de examinación vi que otro R1 [residente de primer año] evaluaba a una paciente adolescente que estaba acostada en la camilla ginecológica. Mi compañera interna me comentó que era un aborto frustrado. El residente realizaba un tacto vaginal a la paciente y notó que dentro de la vagina estaban las pastillas de misoprostol<sup>5</sup>. El residente, molesto, le dijo a la paciente: «¿Sabe usted lo que está

---

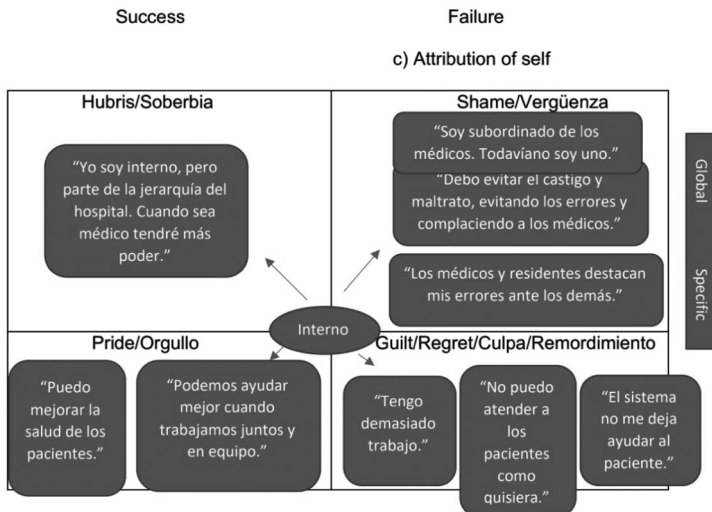
5 Medicamento utilizado, entre otras cosas, para inducir el aborto.

haciendo? Lo que está haciendo se llama asesinato. Está matando a un ser vivo. Yo podría denunciarla por lo que está haciendo. Usted podría perder el útero. ¿Quiere perder el útero? Sáquese una ecografía y vuelva cuando la tenga lista. Le vamos a programar un aspirado». Mientras el R1 decía su sermón, la interna decía: «¿Por qué no se muere de una vez [la paciente]?» (Rojas, 2018, p. 45).

Se ve que la reproducción del *habitus médico* no solo se da por parte de los médicos residentes, sino que también se transmite hacia la interna con su último comentario. Lo que se presenta es el juzgamiento y la amenaza por parte del médico a la paciente por hacerse el procedimiento del aborto usando su jerarquía. Con su comentario, la interna da por reconocida esa jerarquía, más allá de que ello le haya causado un grave malestar.

Dicho todo esto, se puede presentar el marco de acción de los internos en su experiencia en el hospital de la siguiente manera:

- a) Standards and Rules: el médico enseña y el interno obedece a los médicos en todo lo que se le pida (todavía no es un médico). El médico siempre tiene la razón en el diagnóstico y tratamiento en el hospital. El sistema de salud es el medio por el cual los pacientes acceden la atención médica.
- b) Evaluation



**FIGURA 2.** Horizonte de agencia para los internos.  
 Nota. Basado en Luza (2018) y modificado de Lewis (1992, p. 65).

Lo que se ha llamado «horizonte de agencia» es el espacio de acción que tienen los internos en el ambiente del hospital para aprender a ser

médicos en el futuro. Como lo señalan los diferentes momentos del testimonio de Rojas y el análisis presentado, la mayoría de estos episodios en la formación del interno de medicina tienen que ver con situaciones de culpa, la vergüenza y la soberbia. Estas situaciones no solo moldean la personalidad del futuro profesional de la salud, sino que se traducen en la manera en que se prestan los servicios a los pacientes que buscan acceder a la atención médica. En un contexto de carencia y sobrecarga laboral, los pacientes son atendidos de manera precaria y muy pocas veces atendiendo a sus dolencias tanto físicas como emocionales.

#### 4. Conclusiones

A partir de lo presentado en este trabajo, se puede concluir que la educación médica es un proceso complejo mediado por varios actores. En el caso de los internos, el hospital es un espacio de aprendizaje de varios procedimientos, contenidos y tratamientos que son necesarios para ejercer la profesión médica. Al mismo tiempo, también es el ambiente donde se aprenden actitudes, relaciones sociales y sentimientos asociados a la misma práctica de la atención médica.

Los internos, en pleno proceso de aprendizaje para convertirse en médicos, desarrollan también estrategias para tomar decisiones que puedan ser lo más favorables para ellos mismos (como el «aburrimiento» en plena guardia o evitar el castigo por parte de los médicos) o también para sus pacientes (hacer los trámites para el paciente para que reciba la ayuda médica necesaria).

Sin embargo, la agencia utilizada por los internos también puede tener repercusiones en la prestación de los servicios de salud. Si bien puede ser visto como una manera de rebelarse ante la jerarquía del hospital, los pacientes son los más afectados por este tipo de accionar, ya que ven restringido su propio marco de decisiones (su propia agencia) para atender sus necesidades de salud (ser atendidos en el hospital, ser adecuadamente diagnosticado o recibir el tratamiento necesario para sus dolencias).

El sistema de salud descrito por el testimonio presenta carencias y sobrecarga laboral para los internos y demás personal de salud en los hospitales. Este sistema, en muchos casos, está diseñado para atender sobre todo los problemas mencionados (carencia y sobrecarga laboral), por lo que tiende a olvidar las necesidades del paciente, quien se supone que es, en primer lugar, el destinatario principal de dicha atención. Esto tiene como consecuencia que las expectativas y motivaciones de los internos se vean frustradas y recurran fácilmente a conductas que busquen sabotear al sistema y, al mismo tiempo, la atención médica en el hospital.

Por último, el modelo educativo descrito por el testimonio de Rojas se basa en el maltrato y la humillación de los internos, y deja en claro para todos los actores del hospital la jerarquía médica que predomina en la institución. Aunque la intención es educar a los internos en los procedimientos necesarios para ejercer la medicina y atender adecuadamente las necesidades del paciente, las relaciones basadas en la vergüenza, la humillación, la culpa o incluso el miedo al castigo consiguen en gran medida reproducir este tipo de relaciones no solo con los internos, que son formados para ser profesionales de la salud, sino también en los pacientes. Esto se refleja en una atención de salud que, al mismo tiempo, maltrata a los pacientes.

Si bien este es solo el análisis de un testimonio, ya muestra un gran potencial para entender los procesos de aprendizaje y educación dentro de la profesión médica. Existe bibliografía que ha prestado mucha atención a evidenciar los contextos de situación de abuso hacia los internos de medicina desde una perspectiva tanto cuantitativa como cualitativa (Vilchez-Cornejo *et al.*, 2021; Choy y Colina, 2023; Fernández, 2024; entre otros), pero que ha pretendido diagnosticar desde una perspectiva médica o psicológica los efectos de este tipo de vivencias en los internos. Hace falta el estudio y análisis de más testimonios de internos, a fin de ver cómo estos ayudan a describir el sistema de salud peruano, las interacciones entre médicos y pacientes, y los efectos que este tipo de educación tiene para la atención en salud en el país. Esta es una perspectiva particular, pero con bastante riqueza en su profundidad de observación en las interacciones y toma de consciencia de los actores involucrados en el proceso de formación de los médicos y el servicio de salud que prestan. Que existan estas experiencias en tiempos actuales, cuando se supone que se valora más al paciente, debería llevar a la reflexión sobre la clase de sistema y servicio de salud que tienen todavía algunos hospitales de nuestro país (en este caso de Lima). Solo con la realización de más estudios y análisis de este tipo de información se sabrá hasta qué medida se trata de una práctica regular o particular dentro del sistema de salud. En ambos casos, se puede ver que es un gran costo emocional y social el que pagan todos los actores involucrados. De ahí que también es necesario explorar la literatura de los testimonios de los médicos, tema que al parecer es una tradición asumida por varios médicos para contar las anécdotas de su carrera (por ejemplo, Cieza, 2018; Cuba *et al.*, 2021; y Dextre, 1998; entre otros). Es necesario ver los cambios y continuidades que se puedan investigar entre estos y muchos más testimonios, que darán claves para entender el proceso de formación de los profesionales y el funcionamiento del sistema de salud en el Perú.

### **Contribución de autoría**

Diego Luza Fernández ha participado en todas las fases CRediT.

### **Fuente de financiamiento**

Instituto Educación y Sociedad, Universidad Científica del Sur.

### **Potenciales conflictos de interés**

Ninguno.

### **Agradecimientos**

Mi agradecimiento al Dr. Marcos Cueto y al Dr. Percy Mayta-Tristán, por sus comentarios y sugerencias a una versión preliminar de este trabajo. Y a la Asociación Peruana de Historia y Estudios Sociales de la Ciencia, Tecnología y Salud, por permitir compartir los resultados preliminares en el marco de su IV Taller.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032014000200001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001&lng=es&tlng=es)
- Choy, M. J. y Colina, M. (2023). *Percepción del sexismo ambivalente en internas de medicina de un hospital de Lima Metropolitana*. [Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad San Ignacio de Loyola]. <https://hdl.handle.net/20.500.14005/13236>
- Cieza, J. (2018). *Del ser médico*. (2.ª ed.). Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Cuba, M. S., Cruz, L. y Mejía, C. (2021). *Narrativas desde la atención primaria de salud. Historias de salud y enfermedad narradas por profesionales de la salud*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Dextre, A. (1998). *El hospital, la vida y la muerte. Crónicas médicas: relatos de 400 casos*. Aucón.
- Fernández, G. (2024). *Prevalencia y factores sociodemográficos asociados al síndrome del impostor en internos de medicina de una universidad pública de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/21943>
- Freire, P. (2013). *Pedagogía del oprimido*. Siglo Veintiuno.
- Giroux, H. y Purpel, D. (Eds.). (1983). *The hidden curriculum and moral education: Deception or discovery*. McCutchan Publishing Corporation.
- Giroux, H. (2011). *Teoría y resistencia en educación*. Siglo XXI y Centro de Estudios sobre la Universidad de la Universidad Autónoma de México.
- Lewis, M. (1992). *Shame: the exposed self*. The Free Press.
- Luza, D. (2018). *Dimensiones perdidas de la escolarización: medición y análisis de la capacidad de ir por la vida sin sentir vergüenza de los alumnos y alumnas de una escuela privada en Lima, Perú*. [Tesis de maestría en Desarrollo Humano, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/13734>
- Long, N. (2007). *Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, El Colegio de San Luis.
- Rojas, D. (2018). *Diario de un interno de medicina. Aproximaciones a la educación médica y al sistema de salud en Lima, Perú*. Institutos de Estudios Peruanos.



Vilchez-Cornejo, J., Viera-Morón, R., Taminche-Canayo, R. C., Carrasco-Farfán, C. A., Romani, L., Mendoza-Flores, C. R., Larico-Calla, G., Álvarez-Soto, S., Lizana-Medrano, M., Flores-Naquiche, E., Saenz, J. y Arroyo-Hernández, H. (2021). Características y factores asociados al maltrato percibido en internos de medicina en Perú. *Acta Médica Peruana*, 38(1), 17-26. <https://doi.org/10.35663/amp.2021.381.1848>

Yon Leau, C. (2018). Prólogo: Las interioridades de hacerse médico y ser proveedor de salud en un hospital público de Lima. En D. Rojas, *Diario de un interno de medicina: aproximaciones a la educación médica y al sistema de salud en Lima, Perú*. Instituto de Estudios Peruanos.

Walker, M. y Unterhalter, E. (Eds.). (2007). *Amartya Sen's capability approach and social justice in education*. Palgrave Macmillan.

**Diego Luza Fernández** es magíster en Desarrollo Humano: Enfoques y Políticas, y licenciado en Historia por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Ha desarrollado monitoreo e implementación de proyectos de investigación y consultorías sobre educación, interculturalidad, ciudadanía, desarrollo curricular, desarrollo humano e historia. Tiene experiencia en la enseñanza de la historia a nivel escolar y universitario, así como investigación histórica con enfoque en la historia cultural.

Recepción: 25/7/2024  
Aceptación: 18/9/2024