



Revista Colombiana de Salud Ocupacional
ISSN: 2322-634X
Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Libre

Acosta-Fernández, Martín; Aguilera-Velasco, María de los
Ángeles; Pozos-Radillo, Blanca Elizabeth; Parra Osorio, Liliana
Formación académica e injusticia epistémica en médicos residentes de primer año
Revista Colombiana de Salud Ocupacional, vol. 10, núm. 2, e-6461, 2020, Julio-Diciembre
Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Libre

DOI: <https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.2.2020.6461>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=733777836002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

Formación académica e injusticia epistémica en médicos residentes de primer año

Resident training and epistemic injustice, in first year medical residents

Martín Acosta-Fernández¹, María de los Ángeles Aguilera-Velasco¹, Blanca Elizabeth Pozos-Radillo¹, Liliana Parra Osorio²

Recibido: 29 Enero 2020

Aceptado para publicación: 20 junio 2020

Resumen

Introducción: La formación de residentes es un proceso académico complejo, profesores y estudiantes protagonizan una relación altamente jerarquizada proclive a injusticias epistémicas.

Objetivo: Conocer la exposición de residentes de primer año a situaciones de injusticia epistémica y posibles agravios como sujetos de conocimiento.

Método: Análisis temático a 31 residentes. Muestreo propositivo. 55 entrevistas en profundidad, tematización inductiva y codificación deductiva. Análisis de datos mediante Atlas.ti® v.8.4.3.

Resultados: Escenario de poder y posición de poder fueron la temática y sub-temática más recurrentes. Las experiencias de agravio se manifestaron mediante el silenciamiento y opresión epistémica.

Conclusiones: Los residentes entrevistados enfrentan situaciones de injusticia epistémica y se refleja en actos de agravio contra su persona.

Abstract

Introduction: Resident training is a complex academic process, teachers and students star in a highly hierarchical relationship susceptible to epistemic injustices.

Objective: To know first-year residents exposure to epistemic injustice situations and grievances as subjects of knowledge.

Methods: Thematic analysis of 31 residents. Purposeful sampling. 55 in depth interviews, inductive thematization and deductive coding. Data analysis using Atlas.ti® v.8.4.3.

Results: Power scenario and power position were the most recurrent themes and sub-themes. Grief experiences are manifested through silencing and epistemic oppression.

Conclusions: Interviewed residents were affected to epistemic injustice situations and reflected in acts of grievance against them.

Palabras clave: Injusticia epistémica; residentes; agravio epistémico; formación académica; análisis temático.

Key words: Epistemic injustice; residents, grievance; resident training; thematic analysis.

¹Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México

² Universidad Libre, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN

La formación académica de residentes es un proceso social complejo caracterizado por una dependencia epistémica entre especialistas certificados y estudiantes en adiestramiento, ambos protagonizan una relación altamente jerarquizada. Si dependencia y jerarquía fincan su capacidad de poder en la autoridad epistémica e influencia¹, es factible el reconocimiento y trato justo hacia los subordinados. Si se privilegia el uso abusivo del poder y se desconoce su capacidad como sujetos de conocimiento, surge una injusticia epistémica.

Los residentes construyen su identidad como sujetos de conocimiento a través de intercambios con profesores y pares. El hospital es escenario donde se ejerce el poder identitario.² Éste puede ser activo (profesor-residente) o pasivo (institución/organización-residente), intercambios y hospital construyen el ser y actuar como un residente (estereotipo social).

Poder identitario y estereotipos sociales son elementos centrales en el intercambio testimonial entre miembros de una comunidad epistémica (profesores-residentes y residentes-residentes). De ello depende el grado de credibilidad atribuible al conocimiento de un residente. Si poder identitario y estereotipos sociales operan vía prejuicios y discriminaciones, se comete una injusticia testimonial. Ésta surge cuando un residente, ve disminuida o anulada, de manera prejuiciosa y sistemática, su capacidad para demostrar conocimientos.²

El no reconocimiento de las capacidades de generación y comunicación de conocimiento propias de la injusticia testimonial, no solo impide la participación en las prácticas de creación de sentido y expresión de significado a los residentes. La negación y no reconocimiento de sus capacidades epistémicas, también “producen un agravio contra la capacidad racional de los sujetos que la sufren, afectan negativamente al desarrollo intelectual y, a nivel colectivo, causan opresión y pérdida general de conocimiento”.³

En México solo ha sido publicado un estudio que analiza la injusticia epistémica, credibilidad del testimonio y reconocimiento de residentes como sujetos de conocimiento.⁴

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo a 31 residentes de primer año, de siete especialidades distintas y adscritos a 12 unidades médicas en México para responder si: ¿Han estado expuestos a situaciones de injusticia epistémica? ¿Cómo afecta su credibilidad como sujetos de conocimiento? ¿Se reconocen como víctimas de agravio epistémico? La búsqueda se centró en:

- Caracterizar los intercambios epistémicos entre residentes y superiores jerárquicos.
- Categorizar las modalidades de poder utilizadas por superiores jerárquicos y grado de credibilidad asignado a los testimonios de residentes.

- Identificar y analizar las experiencias de residentes alusivas a los juicios epistémicos emitidos por sus superiores jerárquicos.

- Describir las situaciones y comportamientos atribuibles a agravio epistémico.

Análisis temático para conocer y analizar la exposición a situaciones presumibles de injusticia epistémica y posibles manifestaciones de agravio como sujetos de conocimiento. La selección de participantes fue propositiva y de cadena.⁵ El criterio de inclusión fue cursar primer año de una especialidad, no se manejó criterio de exclusión (Tabla 1).

Se realizaron 55 entrevistas en profundidad¹, audiograbadas previa autorización y firma de consentimiento.

Fases del análisis de temático:⁶

1. Familiarización con los datos: transcripción, lectura y re-lectura, búsqueda de situaciones presumibles de injusticia epistémica y agravio como sujetos de conocimiento.
2. Creación y definición de códigos: se creó un total de 22 códigos deductivos y definiciones basadas en la injusticia epistémica².
3. Búsqueda de temas: con base en las preguntas de investigación, se organizaron e interpretaron los testimonios.^{7,8}
4. Identificación y denominación temática: 4 temáticas, 9 sub-temas y 1130 testimonios. (Tablas 2 y 3)².
5. Redacción del informe final: Se describieron temas y subtemas con base en intercambios académicos, modalidades de poder, juicios epistémicos y atribuciones de agravio.

El análisis de datos se realizó con Atlas.ti® v.8.4.3. El proceso fue triangulado entre investigadores y contrastado teóricamente⁹. El informe fue compartido con 18 residentes para conocer si reflejaba sus experiencias asociadas a situaciones presumibles de injusticia epistémica y agravio como sujetos de conocimiento.

Consideraciones éticas

Se atendió a lo dispuesto en el Título Quinto de la Ley General de Salud (2018), artículo 100, numerales III y IV. El proyecto de investigación fue presentado y aceptado por la Coordinación de Investigación, folio CI/076/015.

RESULTADOS

La temática con el mayor número de testimonios y consenso fue escenario de poder. Los R1³ expresaron que, durante su formación

1 Mínimo una, máximo dos por residente.

2 Aunque el análisis temático no sugiere expresiones cuantitativas, con fines ilustrativos, se presentaron algunos datos en frecuencias y porcentajes.

3 Médico residente de primer año.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra total de participantes según, sub-sede / sede de adscripción y especialidad.

Nº	Género	Edad	Estado civil	Subsede / Sede (número subsede)	Especialidad
1	Hombre	25	Casado	Guadalajara (1)	Traumatología y Ortopedia
2	Mujer	24	Soltera	Guadalajara (2)	Pediatría
3	Mujer	31	Unión libre	Guadalajara (2)	Pediatría
4	Mujer	25	Soltera	Guadalajara (3)	Pediatría
5	Hombre	25	Soltero	Guadalajara (4)	Traumatología y Ortopedia
6	Hombre	29	Soltero	Guadalajara (4)	Traumatología y Ortopedia
7	Hombre	26	Soltero	Guadalajara (4)	Traumatología y Ortopedia
8	Hombre	27	Soltero	León (5)	Pediatría
9	Mujer	24	Soltera	León (5)	Medicina Interna
10	Hombre	26	Soltero	León (5)	Medicina Interna
11	Mujer	25	Soltera	León (5)	Medicina Interna
12	Hombre	27	Soltero	León (5)	Cirugía General
13	Hombre	25	Soltero	Puebla (6)	Traumatología y Ortopedia
14	Hombre	24	Soltero	Aguascalientes(7)	Cirugía General
15	Hombre	29	Soltero	Aguascalientes(7)	Medicina Interna
16	Hombre	32	Casado	Morelia (8)	Medicina Interna
17	Mujer	26	Soltera	Morelia (8)	Medicina Interna
18	Hombre	25	Soltero	Irapuato (9)	Medicina Interna
19	Mujer	30	Soltera	Guadalajara (2)	Pediatría
20	Mujer	28	Soltera	Guadalajara (2)	Pediatría
21	Hombre	26	Soltero	Aguascalientes (7)	Ginecología y Obstetricia
22	Mujer	24	Soltera	Guadalajara (2)	Pediatría
23	Mujer	25	Soltera	Cd. Nezahualcóyotl (10)	Anestesiología
24	Mujer	25	Soltera	Cd. Nezahualcóyotl (10)	Anestesiología
25	Mujer	30	Soltera	Guadalajara (2)	Pediatría
26	Mujer	24	Soltera	León (5)	Medicina Interna
27	Hombre	25	Soltero	Tepic (11)	Medicina Interna
28	Hombre	26	Soltero	León (5)	Medicina Interna
29	Mujer	28	Casada	Ciudad de México (12)	Radiología
30	Hombre	28	Casado	Cd. Nezahualcóyotl (10)	Anestesiología
31	Hombre	31	Unión libre	Guadalajara (2)	Pediatría

académica, se crea y re-crea una atmósfera social donde, mediante el poder y control identitario activo, se les impone un código de comportamiento y un discurso asimétrico basado en la superioridad jerárquica. En expresiones como: “*¡Tú eres residente, yo médico de base!*” subyace una injusticia testimonial a través de un juicio devaluatorio. Y en: “*¡Tú nunca me vas a ganar, así que cállate. Quien manda aquí, soy yo!*” [E4], refleja una desautorización injusta sustentada en un prejuicio.

La temática transferencia del capital cognitivo describe intercambios epistémicos que obstaculizan el desarrollo académico y no reconoce a los R1 como sujetos de conocimiento, la toma de decisiones se sustenta en el uso inadecuado de la jerarquía y explicaciones no claras, no consensuadas que no privilegian criterios clínicos.

Respecto a juicio epistémico, los testimonios se inclinan a la injusticia testimonial. Expresiones como: “*¡Ese R1, que se cree! Ahora resulta que ese [palabra altisonante] tiene voz!*” Muestra el rechazo prejuicioso a la credibilidad de los testimonios de un R1, por la simple razón de no pertenecer a la misma categoría o grupo. También se expresa mediante la asignación de tareas injusta. “*Acá también tenemos que ver lo del desayuno*” [E20]. Es tan evidente el control y poder de los MA⁴ sobre los R1 que tareas que nada tienen que ver con la formación académica, se han convertido en “*una obligación*” [E20] que devalúa a quienes las realizan.

En cuanto a experiencias de agravio, tanto opresión y silenciamiento muestran un consenso alto. En ambos casos, se advierte maltrato y violencia hacia los R1, sin embargo, no hay

4 Médico adscrito

maltrato y violencia que no sean motivados por alguna forma de injusticia.

Así, la opresión epistémica es la posición de poder utilizada para humillar, castigar y degradar a los R1. Los testimonios: “*Hay un dicho: el peor enemigo del médico, es el propio médico*” [E8] “y [...] *todo mundo nos decía que R1 sería el peor año de nuestra vida*” [E12] son afirmaciones de lo involucrado que está el estereotipo prejuicioso de que la formación académica de residentes implica aceptar sin cuestionar cualquier injusticia y una disposición al sufrimiento. El silenciamiento epistémico reafirma que la posición de poder, y no los conocimientos y experiencia, fue la modalidad predominante de enseñanza en su primer año. “*Y si yo le decía: creo que este paciente necesita operación, él me contestaba: ‘¡Tú no opines, no eres cirujano, no decides quién se va operar!’*” [E11].

Si bien algunos códigos aludieron a una capacidad de poder de los superiores jerárquicos basada en la autoridad epistémica e influencia (conocimiento y experiencia, contribución al desarrollo académico, uso adecuado de la jerarquía, explicaciones claras, consensuadas y asignación de tareas justa), fueron marginales tanto en frecuencia y consenso.

DISCUSIÓN

Los testimonios de los residentes confirman la exposición a situaciones de injusticia epistémica y manifestaciones de agravio como sujetos de conocimiento.

La injusticia epistémica tiene un origen estructural e institucional con implicaciones relacionales. Estructural, por la pre-configuración de un escenario de poder y ejercicio de autoridad epistémica modalidad dominante/dominado. Institucional, porque en los hospitales se privilegia la transferencia de capital cognitivo que privilegia el trabajo operativo y no necesariamente el desarrollo académico, y el uso de la jerarquía privilegia criterios no clínicos. Implicaciones relacionales, por el estereotipo hacia los R1; no pertenecen al grupo de los MA y MR+⁵ y la aceptación de tal exclusión por los mismos R1. Se niega o condiciona la reciprocidad comunicativa MA-MR+ y R1 mediante el silenciamiento y opresión epistémica como experiencias de agravio.

Consideramos que nuestro estudio ofrece evidencia empírica que respalda los acercamientos teóricos realizados a la fecha sobre la ética y relaciones de poder y la injusticia epistémica en la formación académica de residentes en México.⁴

De tal forma, durante el primer año de residencia son comunes los intercambios de capital cognitivo¹⁰ que no estimulan y permiten la deliberación democrática^{11,12,13} entre superiores jerárquicos y R1. Funcionan como sistemas normativos, más informales que formales,¹⁴ validan el conocimiento atendiendo más a narrativas e interacciones que privilegian el control disciplinar que la formación académica. Privilegiar interacciones de control disciplinar, por encima de la formación académica, coloca a los R1 en situación de “minoría de edad”,³ manipulados y domesticados en el uso público de sus capacidades epistémicas por la imposición autoritaria de sus superiores jerárquicos. El marco de libertad para que los R1 expresen sus conocimientos es muy acotado.

⁵ Médicos residentes de mayor jerarquía

Los componentes estructurales de la justicia epistémica atienden a propiedades globales, regulan normativamente las comunicaciones entre los miembros de un sistema social e imponen restricciones a dichas transacciones.¹⁵ La justicia epistémica durante la formación académica de residentes pudiera sustentarse en reglas de comunicación que maximizaran las capacidades informacionales e interpretativas, mediante marcadores de credibilidad que no excacerbaran las desigualdades entre superiores jerárquicos y R1, frenar el “grupocentrismo” y no prejuzgar la fiabilidad de testimonios de los R1. Así como el acercamiento en perspectivas, juicios y expectativas, disminuir los conflictos generados por el uso inapropiado de la jerarquía y facilitar la deliberación democrática^{3,11-13} en actividades clínicas y/o académicas.

Los componentes transaccionales de la justicia epistémica atienden a propiedades particulares y voluntarias¹⁵. Para el caso de los R1, lo recomendable sería el reconocer su naturaleza en las motivaciones individuales, el prejuicio y los estereotipos². Ello, de alguna manera, contribuiría a contrarrestar la injusticia epistémica prejuiciosa. Sin embargo, la justicia epistémica no solo es atribuible a virtudes individuales.² Ello apela solo al buen juicio de los superiores jerárquicos y, como se muestra en los testimonios de los R1, las transacciones epistémicas que predominan en su formación académica de residentes están supradeterminadas estructuralmente^{1,16} por las propiedades globales de un sistema epistémico institucionalizado que enrarece, infravalora o desconoce^{15,17} las contribuciones de los R1.

Los R1 son víctimas de las patologías de la razón¹⁸ y, en su caso, se expresan mediante la opresión^{19,20} y silenciamiento epistémico^{3,11}. Ambas expresiones convergen en la pérdida de oportunidades para la “autorrealización intersubjetiva”²¹ y “una inminente pérdida de su personalidad”²². Es decir, en el agravio epistémico.

Limitaciones

El vacío de conocimiento existente sobre el tema nos llevó a discutir con base en estudios ajenos a la formación académica de residentes, injusticia epistémica y manifestaciones de agravio. Asimismo, las características y el número de entrevistados no permite realizar un análisis comparativo entre éstos, y aunque un estudio cualitativo no aspira a mostrar datos generalizables, se muestran evidencias empíricas como un punto de referencia que pudiera estimular estudios futuros.

CONCLUSIONES

Los intercambios epistémicos entre superiores y residentes tienden al no reconocimiento de éstos como sujetos de conocimiento, operan bajo la modalidad dominante/dominado basados en atribuciones prejuiciosas de credibilidad a sus testimonios. Ello deriva en el predominio de juicios epistémicos injustos que se manifiestan como agravios mediante el silenciamiento y la opresión.

REFERENCIAS

1. Murguía L. Injusticias epistémicas y práctica médica. En-claves Pensamiento. 2019; 13(26):55-79.

Tabla 2. Temáticas escenario de poder, transferencia de capital cognitivo y juicio epistémico, sub-temas, códigos/definiciones y testimonios.

Temática	Sub-tema	Códigos / definición	Testimonios
Escenario de poder Test. 424 37.5 %	Atmósfera social Test. 275 24.3 %	Poder y control identitario activo (Test. 112, Cons. 26) Imposición de un código de comportamiento y discurso asimétrico por parte de un D, MA o MR+ hacia un MR-, basado en superioridad jerárquica.	“Desde el principio fue bien marcado. Yo fui interno aquí [...] y ya conocía a muchos de los residentes que ya son R4. Otros ya eran mis amigos desde antes y, el primer día, un R4 nos dijo: ‘ya están donde querían estar, ya son R1. Pero, ¿saben? Aquí no somos amigos, somos R+. Afuera éramos amigos, entrando aquí ya no. Adiós amistad. Nada que los vamos a proteger, no crean que no los vamos a castigar, aquí no somos amigos’”. [E1] “La doctora se enojó me dijo: ‘A mí no me andes con cosas. A mí nunca me vas a ganar. Tú eres residente y yo soy médico de base. Tú nunca me vas a ganar así que cállate. Quien manda aquí, soy yo!’”. [E4]
		Poder y control identitario pasivo (Test. 108, Cons. 22) Aceptación de las consecuencias de la imposición de código de comportamiento y discurso asimétrico basados en inferioridad jerárquica y renuncia a la resistencia por parte de un MR-.	“En cirugía nos amenazan con la enseñanza y con la práctica [...] y lo que forma al cirujano, es la práctica. Si tú tienes algún tipo de confrontación con algún cirujano, normalmente lo que hacen, es que te bloquean el quirófano, ya no te dejan operar. Entonces, tú puedes saber mucho, estudiar mucho, y todo lo que tú quieras, pero si tú no tienes una práctica y no estás operando de manera constante, pues entonces no vas a ser un buen cirujano. Entonces para qué arriesgarse, calladito te ves más bonito”. [E14] “Desde que llegamos, los R2 se han dedicado a pisotearnos. Y a lo mejor se oye medio mediocre, pero voy a aguantar, no voy a renunciar porque esto me ha costado mucho. Si renuncio, tendría que volver a hacer el nacional [examen] para qué, si voy a pasar por lo mismo”. [E5]
	Autoridad epistémica Test. 149 13.2 %	Valoración moral prejuiciosa (Test. 55 Cons. 16) Cuando alguna condición personal de un MR- es valorada como inapropiada, inaceptable o limitante por un D, MA y/o MR+.	“Yo ingrese a la especialidad cuando mi hija tenía tres meses. Entonces, todavía hoy en día, mi escuela, a pesar de ser una escuela muy buena, es una escuela muy vieja y el ambiente es muy difícil. Así que en mi primer guardia, yo estaba preocupada por mi hija y un médico me dijo: ‘¡si te quieres ir, vete la puerta está muy ancha!’ [...] Me llegó a tocar que me castigarán, y que me dejarán más tiempo. Sabían que había una parte en donde me podían dar duro, quitarme tiempo para estar con mi hija. [E29]
		Conocimientos y experiencia (Test. 11, Cons. 9) Cuando un MA y/o MR+ dirigen las actividades clínicas y/o académicas haciendo uso de su experiencia y conocimientos y no necesariamente de su posición de poder jerárquico.	“Yo creo que fueron las clases y los consejos del doctor [O], que fue quien siempre, en cada clase o con cada paciente que veíamos, nos mandaba artículos, los leíamos y, al día siguiente, nos preguntaba, o comentábamos algún caso. Por poco que fuera el tiempo que tuviéramos, quien mayor conocimiento nos transmitió fue él. No dejaba que se nos escapara nada de lo que teníamos que saber y hacer; nos retroalimentaba con las cosas más novedosas. [E26]
		Posición de poder (Test. 138 Cons. 25) Cuando un D, MA y/o MR+ dirigen las actividades clínicas y/o académicas haciendo uso de su posición de poder jerárquico y no de su experiencia y conocimientos.	“El director y subdirector nos ven como una fuerza de trabajo y no se interesan por nosotros, mas que para que se hagan las cosas. Cuando algo ahí falla, nos lo señalan, y por supuesto que no se tientan el corazón para imponernos algún tipo de castigo. El jefe de servicio es el que, en nuestro caso, nos exige, degrada, pues sí, es efectivamente el que peor trato nos da”. [E12] “Con mi R2, me ha tocado estar en una sala, con un paciente normal. Estaba con mi compañera R1, estábamos las dos haciendo las notas. De repente entra mi R2, y nos dice: ‘¡Porque están las dos R1 en una sala. No pueden estar juntas! ¡Yo tengo un paciente grave, una de las dos venga conmigo!’ Pero ella, ni había visto nada del paciente, ni le había pasado ningún medicamento, no le había dado ningún manejo, no tenía nada hecho. Me puso a mí a hacer todo, y ella se la pasó platicando con el médico de base, con el que estaba operando. Nada más entré a hacer papelería, y realmente no vi qué manejo se le podía dar al paciente. Nada más me hizo sacarle el trabajo”. [E24]

Temática	Sub-tema	Códigos / definición	Testimonios
Transferencia del capital cognitivo Test. 265 23.5 %	Inter-cambio académico-operativo Test. 135 11.9 %	Contribuye al desarrollo académico (Test. 12 Cons. 8) Cuando el intercambio entre D, MA y/o MR+ con un MR- se basa en el conocimiento y la experiencia, y estimula, promueve y enriquece el desarrollo académico de los MR-.	“Hay algunos médicos que, aparte de ser adscritos, son muy buenos como docentes. Y en algún procedimiento, cuando tienes alguna duda, te comienzan explicar”. [E23]
		Obstaculiza el desarrollo académico (Test. 73 Cons. 19) Cuando el intercambio entre MA y/o MR+ con un MR- se basa en la posición de poder que da jerarquía y no aporta nada al desarrollo académico de los MR-.	“El director general de enseñanza, y a nuestro jefe de enseñanza son dos muy buenas personas. Siempre hemos recibido su apoyo, tanto en problemas personales, como académicos siempre nos prestan el apoyo de cómo resolverlo”. [E25]
		No reconoce al MR- como sujeto de conocimiento (Test. 50 Cons. 19) Cuando el intercambio entre MA y/o MR+ con un MR- se basan en la posición de poder que da la jerarquía para negar la capacidad de conocimiento de un MR- en el uso y manejo de información de última generación.	“Pues finalmente hay procedimientos y actividades que no nos dan ningún conocimiento. Pero se entiende que nosotros somos fuerza de trabajo, nos hacen realizar este tipo de actividades. Por ejemplo, el día de hoy me la pasé buscando un expediente, esa no es mi función como médico residente”. [E18]
	Toma de decisiones Test. 130 11.5 %	Explicación clara, consensuada y atiende a criterios clínicos (Test. 4 Cons. 3) Cuando las decisiones tomadas para el diagnóstico, procedimientos, asignación de tareas, calendarización de guardias se explica de manera clara, transparente y sustentada en criterios clínicos.	“Muchos médicos de base, que son de generaciones más viejas, tienen sus prácticas de antaño y no se actualizan. Y uno de R1, llega con todas las ganas, con lo que hemos aprendido sobre la medicina basada en evidencias. Entonces, a pesar de toda la literatura médica que revisas para hacer una nota o presentar un caso, el doctor [R] te dice: ‘¡A ver, a ver, no me vengas con la literatura! ¡Es A+B+C y se acabó!’ Entonces dices: pues está bien doctor”. [E3]
		Explicación no clara, no consensuada y no atiende a criterios clínicos (Test. 43 Cons. 14) Cuando las decisiones tomadas para el diagnóstico, procedimientos, asignación de tareas, calendarización de guardias no se explica de manera clara, transparente y no es sustentada en criterios clínicos.	“Mis R3, si notan algo, o algún paciente que parece que es el tipo R1, que no va a ser tan complejo, pero notan que hay algo que no va a estar bien, entran a la sala. Y son muy resolutivos. O sea, si nos están cuestionando de por qué le vas a hacer esto, qué es lo que tú esperas, por qué tu paciente se está comportando así, qué que le vas a poner. Sí hay digamos un tipo de presión, pero es con fin de enseñanza, de apoyo”. [E24]
		Uso adecuado de la jerarquía (Test. 8 Cons. 4) El criterio en la toma de decisiones se basa en argumentos racionales y/o consensuados y no en la imposición jerárquica.	“A mi me tocó que una doctora ingresó un paciente para cirugía general y en admisión se equivocaron y nos lo enviaron a medicina interna, y mi jefe de servicio me hizo hacerle el ingreso. Aunque iba a cirugía, porque traía unas suturas infectadas. Pero la doctora [V], que es adscrita de [medicina] interna, le dijo al jefe que lo quería cambiar de servicio y él le contestó: ‘¡tú nada más te quieres deshacer de los pacientes!’ Y le dijo la doctora: ‘¡Ah sí, solo me quiero deshacer de los pacientes? Entonces, el jefe de medicina interna mantuvo al paciente internado por 15 días. Para que a la doctora [V] le contara el servicio de estancia prolongada y para hacerla enojar. Y ahí lo dejaron, lo operaron dos veces”. [E9]
		Uso inadecuado de la jerarquía (Test. 75 Cons. 20) El criterio en la toma de decisiones se da solo atendiendo a la imposición jerárquica y no por un argumento racional y/o consensuado.	“Una vez, yo me quedé sola, mi compañera R1 se fue de vacaciones, yo tenía que hacer todas las valoraciones. Y yo dije: ¡No manches, tengo muchas que hacer!, Y ella [R3] me dijo: ‘Tranquila, ahorita te ayudo’. Y yo me quedé, ¡es un R3! Me apoyó y me dijo: ‘a ver, vamos a estudiar, no quiero que la doctora [M] te vuelva a decir que eres una burra’. Y nos pusimos estudiar las dos. [E23]
			“Pues era variado, que se suspendía una cirugía porque no conseguías algún material o que un estudio salió alterado y no te diste cuenta, se suspendía la cirugía, entonces decían: ‘vamos a parar, vámonos a comer’. Y pues el R1 tenía que pagarles a todos. Y eso podía ser en la pizzería de la esquina o en la VA [nombre de un restaurante de cortes]. [E6]

Temática	Sub-tema	Códigos / definición	Testimonios
Juicio epistémico Test. 304 26.9 %	Justicia testimonial Test. 178 15.8 %	Juicio virtuoso y justo (Test. 6 Cons. 3) El juicio de un MA y/o MR+ al testimonio de un MR- se basa en la fiabilidad y aceptación de que el MR- pertenece a la misma categoría o grupo social.	"[...] dos adscritos que acaban de salir, cuando eran residentes, tenían muy buena relación con nosotros y, ahora que salieron, como que todavía traen el chip de lo que es ser residente. Recuerdo que uno nos dijo: 'bueno, vamos a hacer esto rápido en la noche para alcanzar a dormir de 2 a 4 horas'. Piensan más en nosotros. Nos dan permiso de salir a comer, no es tanto de decirnos: '¿ya vienes, ya tienes que estar aquí!' [E31]
		Juicio virtuoso y fiable (Test. 3 Cons. 2) El juicio de un MA y/o MR+ al testimonio de un MR- se basa en la fiabilidad y aceptación de que el MR- transmite la verdad.	"En mi R1 como éramos la única jerarquía de residentes, y a veces se nos acumulaba el trabajo, hacíamos nuestros ingresos, pero el doctor no le daba tanto peso a la hoja o lo que tú pusieras, le daba más peso a lo que respondieras. De todas maneras hacíamos los ingresos, pero con calma. Con todos los antecedentes, con bibliografía. [E16]
		Justicia testimonial Test. 178 15.8 %	Asignación de tareas justa (Dens. 3 Cons. 3) Cuando la asignación de tareas a un MR- se basa en un juicio racional.
Juicio epistémico	Injusticia testimonial Test. 126 11.2 %	Juicio prejuiciado e injusto (Test. 61 Cons. 17) El juicio de un MA y/o MR+ al testimonio de un MR- se basa en el prejuicio de que el MR- no pertenece a la misma categoría o grupo social.	"Yo creo que la jerarquía ha funcionado bien. Cada quien acata lo que le corresponde, cada quien se hace cargo de sus responsabilidades. Yo puedo decirle a mis otros R1 qué le toca hacer, a los internos que les toca esto otro. Entonces, podemos cumplir nuestras funciones y no hemos tenido problemas. Nos respetamos todos, y aunque no vamos a hacer a los mejores amigos, como dijéramos, pero sí se respeta a los que están arriba de nosotros y a los que están abajo. Yo creo que eso es lo que permite hacer bien las cosas, me parece que así se hace bien el trabajo. [E17]
		Juicio prejuiciado y no fiable (Test. 8 Cons. 4) El juicio de un MA y/o MR+ al testimonio de un MR- se basa en el estereotipo de que el testimonio de un MR- no se sustenta en la verdad.	"Si se te ocurre opinar, eres mal visto. 'Ese R1, que se cree! Ahora resulta que este [palabra altisonante] tiene voz!' Y así te lo dicen. Entonces, yo creo que fuera de estimular que te esfuerces por decir, esto se puede hacer de cierta manera, o de aportar algo diferente, al revés, te callan. A mi me han dicho: '¡Tú cállate, a nadie le interesa tu opinión! Ya que seas R+, opinas!'. [E7]
		Asignación de tareas injusta (Dens. 97 Cons. 23) Cuando la asignación de tareas a un MR- se basa en un juicio devaluatorio.	"Mi jefa de servicio me mandó a verificar una receta de oxígeno porque dijo que la había hecho mal. Fui personalmente a administración para que me dijeran qué poner. Y la doctora me dijo: '¡pues fuiste a que te dijeran cómo hacerla, pero no fuiste a que te dijeran si estaba bien!' Volví a bajar con la receta del oxígeno para que la revisaran otra vez en administración y la encargada me dijo: 'pues ya te dije que la receta está bien'. Sí, pero mi jefa dice que no me la va a firmar hasta que tú digas que está bien. Entonces, me la firmó'. [E2]
		Participación desigual (Dens. 86 Cons. 17) Se refiere a la marginación hermenéutica que sufre un MR- por razones de jerarquía.	"Acá también tenemos que ver lo del desayuno. Después de terminar los pendientes, tienes que pasar una lista para que todos los doctores se apunten y digan qué quieren desayunar. Es como una obligación. Tienes que ir rápido por la comida traerla y pues dejarla ahí, para cuando lleguen las doctoras, y si no, se enojan si no comen. Eso es como uno de los pendientes. [E20]
	Injusticia menéutica Test. 126 11.2 %	Desesperanza cognitiva (Dens. 40 Cons. 15) Se refiere a la desventaja hermenéutica que tiene un MR- de comprender que la injusticia de la cual es sujeto, inflige un agravio a su persona y a su capacidad de conocimiento. Por lo que renuncia o no ve como posible cualquier tipo de protesta contra el agravio.	"La carga de trabajo y que tus médicos superiores te traten como un obrero y no como médico, no como una persona que tiene una capacidad intelectual que lo llevó a hacer un posgrado". [E16] "Tienes dos opciones aguantarte y esperar otro momento, seguir como picando piedra, y volver a insistir, y ya, al final convencerla. La otra, es ir directo a enseñanza, acusarla, y echártela encima todo el año. Entonces ya no sabe uno qué es mejor. A final de cuentas, ir con una persona superior a ella, que te pueda apoyar. ¿Y si no te apoyan? Pues ya te fregaste. Porque ni conseguiste lo que querías, y ella, seguramente, va a tomar represalias contra ti. Y represalias llámese, que influya en tus calificaciones, cosas así". [E19]

Nomenclatura: Cons: Consenso, Test: Testimonios, D: Directivo, MA: Médico adscrito, MR+: Médico residente de mayor jerarquía, MR-: Médico residente de menor jerarquía, E: Entrevistado.

Tabla 3. Temática experiencias de agravio, sub-temas, códigos/definiciones y testimonios.

Temática	Sub-tema	Códigos / definición	Testimonios
Experiencias de agravio Test. 137 %Test. 12.1	Agravio Epistémico	Opresión epistémica (Test. 80 Cons. 25) Cuando un MA y/o MR+ se basan en la posición de poder que da jerarquía para delegar los procedimientos, humillar, imponer castigos o degradar a un MR- como sujeto de conocimiento.	“Hay un dicho que dice: el peor enemigo del médico, es el propio médico. Eso no pasa con las enfermeras, ellas sí están unidas, y si la jefa dice que no se toman muestras, no se toman muestras. Pero el médico de base nos sobaja al decirnos: ‘¡tú lo tienes que hacer!’ Entonces, ante eso, digamos te quitan total autoridad. Entonces ahí uno no puede hacer nada, porque al final la responsabilidad del paciente es de nosotros. Y yo no puedo llegar con el médico de base a decirle: no doctor el examen no está porque la enfermera no quiso tomar la muestra. [E8] “Pues también es normal que los doctores digan: ‘yo a tu edad, en los meses que llevas en la residencia, yo ya había operado esto; yo ya sabía esto, ¡yo leía!’ Te recalcan ciertas actividades en las que de pronto uno falla o no has hecho todavía. Y, supongo que eso es ya algo personal, pues como que sí me llegué a sentir un poco fracasado por no cumplir la expectativa, o no estar al supuesto nivel tienen mis maestros. Y a lo mejor son mentiras de ellos, o al mejor las exageran”. [E12] “Hay médicos a los cuales no les interesa tu formación académica. Ellos, lo que querían era que sacaras el trabajo. Si tú aprendes algo, o si él puede aportar algo para tu formación, eso no les importa. Ellos lo que quieren es que saques el trabajo que corresponde prácticamente a ellos. [E15] “La doctora [M] me dijo: ‘no es posible que todo este tiempo que llevas aquí no hayas aprendido a intubar. Si yo entreno a un camillero, puedo asegurarte que va a hacerlo mejor que tú!’ Pero no solamente fue un asegurarme que lo iba a hacer mejor que yo, me lo dijo enfrente de la jefa de anestesiología. Me sentí mal, muy mal. Dije: soy la peor anestesióloga, a lo mejor no nací para esto, me deprimí mucho. [E23] “Sí, era con todos hasta con médicos de base, de hecho tuvo hasta, bueno ya después, los meses subsiguientes una denuncia que llegó hasta derechos humanos por un maltrato a un compañero también R1, que tenía cierto tipo de discapacidad motora y él hizo alusión que su discapacidad no le iba a permitir ser un buen médico, que siempre iba a estar en desventaja frente a otros internistas. Se lo dijo en frente de los familiares de los pacientes y lo pacientes. Y eso le llevó a que le pusieran ese tipo de queja, era una persona muy déspota. [E28] “Cada que tenía guardia con ese doctor, era muy desagradable. Ya sabía que me iba a regañar sin importar que era lo que hubiera pasado. Y si yo le decía: creo que este paciente necesita operación, él me contestaba: ‘¡Tú no opines, no eres cirujano, no decides quién se va operar!’ Y a la hora, ya estábamos operando a ese paciente. Pero ya me había regañado. Se la pasaba diciendo: ‘No, no, no. Tú no eres cirujano tú no tienes que emitir juicios. [E11]
		Silenciamiento epistémico (Test. 57 Cons. 19) Cuando es negada la reciprocidad comunicativa entre un MA y/o MR+ y un MR- por considerar al último como incapaz de participar en la puesta en común de conocimiento.	“Al principio todos los doctores, o sea, eran como muy distantes, no te tenían confianza para nada. Todo lo que hacías estaba mal, todo lo que no hacías también estaba mal, pero realmente nadie te explicaba. Los primeros 6 meses en Aguascalientes sí fueron bastante feos”. [E21] “Llevo en estos momentos 8 meses de estar realizando la residencia y todavía me dicen: ‘¡tú no sabes!’ Me siento como un cero a la izquierda. Nadie te tiene confianza, no tienes derecho a opinar y te regresan incluso tus notas que ya hiciste. Entonces haces un trabajo doble, pero si no están hechas las notas antes que el doctor llegue, pues también hay una reprimenda. [E22] “Al inicio, como los primeros 6 meses, nos regañaban por cualquier cosa. La doctora nos decía: ‘¡por qué no hiciste esto, pero qué puedo esperar de ti, si eres un tonto!’ O sea, nos lo decía directo. Y por algo estamos en una residencia, no es nada más por pura casualidad, por algo lo ganamos. Eso era lo que más me podía. Ahora, lo peor es que uno va viendo que, en ocasiones, los doctores son los que se encuentran equivocados. Así que aunque nosotros tengamos la razón, mejor busqué la manera de mitigar eso y dije: ¡ah, dale por su lado!’ [E27]

Nomenclatura: Cons: Consenso, Test: Testimonios, D: Directivo, MA: Médico adscrito, MR+: Médico residente de mayor jerarquía, MR-: Médico residente de menor jerarquía, E: Entrevistado.

2. Fricker M. Injusticia epistémica. El poder y la ética del conocimiento. 1ª ed. digital Barcelona: Herder; 2017.
3. García A. Emancipación epistémica: una lectura kantiana acerca de la “injusticia epistémica”. Eikasía. 2019; 87:157-79.
4. Consejo y Chapela C, Viesca-Treviño CA. Injusticia epistémica durante el proceso de formación médica en el contexto hospitalario. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017; 55(3):400-8.
5. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(3): 613-19.
6. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. Nurs Health Sci. 2013; 15(3): 398-405.
7. Boyatzis RE. Transforming qualitative information: thematic analysis and code development. Thousand Oaks CA: SAGE Publications; 1998.
8. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006; 3(2): 77-101.
9. Flick U. La gestión de la calidad en investigación cualitativa. Edición digital. Madrid: Ediciones Morata; 2014.
10. Bourdieu P. Social space and symbolic power. Sociol Theory. 1989; 7(1): 14-25.
11. Medina J. Hermeneutical injustice and polyphonic contextualism: social silences and shared hermeneutical responsibilities. Soc Epistemol. 2012; 26(2): 201-22.
12. Murguía A. Epistemología social y democracia deliberativa. Acta Sociol. 2014; 63:99-120.
13. Murguía A. Injusticias epistémicas y teoría social. Dilemata. 2016; 8(22): 1-19
14. Plsek P. Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care. En: Accelerating Quality Improvement in Health Care Strategies to Speed the Diffusion of Evidence-Based Innovations. Conferencia realizada en Washington D.C enero 27-28, 2003 National Institute for Health Care Management Foundation, National Committee for Quality Health Care. Disponible en <http://www.nihcm.org/pdf/Plsek.pdf> [Consultado el 18 de marzo de 2020]
15. Anderson E. Epistemic justice as a virtue of social institutions. Soc Epistemol. 2012; 26(2): 163-73.
16. Irigoyen J. La reestructuración de la profesión médica. Polít Soc/ Madrid. 2011; 48(2): 277-93
17. González de Requena JA. La injusticia epistémica y la justicia del testimonio. Discusiones Filosóficas. 2015; 16(26): 49-67.
18. Honneth A. Patologías de la razón. Historia y actualidad de la teoría crítica. Buenos Aires: Katz Editores; 2009.
19. Dotson K. Conceptualizing epistemic OPPRESSION. Soc Epistemol. 2014; 28(2): 115-38.
20. Lucas G. Parresia e injusticias epistémicas. Bajo Palabra. 2017; 2(17): 309-28.
21. Honneth A. La lucha por el reconocimiento: Por una gramática moral de los conflictos sociales. Barcelona: Crítica; 1997.
22. Honneth A. Crítica del agravio moral. Patologías de la sociedad contemporánea. México: Fondo de Cultura Económica; 2009.

© Universidad Libre. 2020. Licence Creative Commons CC-by-nc-sa/4.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>

