

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

El modelo médico hegemónico en salud en el programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo

Un análisis crítico desde la determinación social

Ángel Ramiro Paguay Moreno

Tutora: María de Lourdes Larrea Castelo

Quito, 2020



Cláusula de cesión de derechos de publicación

Yo, Ángel Ramiro Paguay Moreno, autor del trabajo titulado “El modelo médico hegemónico en salud en el programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, un análisis crítico desde la Determinación Social”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magister en Epidemiología y Salud Colectiva en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo, por lo tanto, la Universidad utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Agosto 2020

Firma: _____

Resumen

Los estudiantes de medicina que cursan el último año de la carrera en Ecuador tienen que realizar la práctica pre profesional (Internado Rotativo) en Unidades Asistenciales Docentes del Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Se ha podido observar con preocupación que la formación de los profesionales médicos cada vez más obedece a un enfoque biomédico que impide la comprensión del proceso salud-enfermedad en su complejidad y desde su determinación social. Este proceso formativo genera a su vez distorsiones en la praxis profesional y estresores en los y las estudiantes que los hace vulnerables al deterioro de su salud. El presente estudio analizó el Programa de Internado Rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo en el año lectivo 2017-2018; se estudió los modos y estilos de vida de 117 Internos Rotativos de dicho programa.

El abordar el análisis de la implementación del Programa de Internado Rotativo desde la perspectiva de la Determinación Social permitió reconocer la complejidad del problema de la formación médica y la salud de los estudiantes. El estudio evidenció que existe un fuerte arraigo del Modelo Médico Hegemónico, en la formación médica del Programa de Internado Rotativo, reproduciéndose constantemente la tendencia biomédica, en los hospitales donde se realiza el Internado, que se impone a pesar del contexto de profundas desigualdades sociales y geopolíticas en la atención de salud, el sacrificio de la calidad en aras de la rentabilidad de la medicina con el consecuente incremento de las patologías. Por otro lado, el estudio identificó la presencia de inseguridad y estresores en los modos y estilos de vida de los internos rotativos de medicina, que se expresa en trastornos psicosociales que presenta este grupo que influyen directa o indirectamente en su desempeño estudiantil y pre-profesional.

Palabras clave: Programa interno rotativo, modelo médico hegemónico, educación superior, Determinación social de la salud, ESPOCH

Agradecimiento

Agradezco a Dios que me ha concedido salud, tiempo y fortaleza, para alcanzar la meta de culminar mi Maestría en Epidemiología Crítica y Salud Colectiva. A su vez retribuyo el apoyo de mi familia, además el soporte de la Directora de Tesis a través de su guía y conocimiento en la elaboración del trabajo de titulación.

Tabla de contenido

Introducción.....	19
Capítulo Primero	21
Enfoque teórico y metodológico	21
1. El enfoque teórico: la determinación social de la salud y la crítica al modelo médico hegemónico.....	21
1.1. Modelos educativos en medicina.....	21
1.2 Panorama de la educación médica en América Latina.....	25
1.3 Contexto de la educación médica en el Ecuador.....	28
1.4 Identidad educativa de Riobamba.....	30
1.5 El modelo médico hegemónico y su influencia en la medicina.....	31
1.5.1 <i>El biologismo en la formación médica</i>	34
1.5.2 <i>Tecnificación - El reemplazo del médico</i>	35
1.5.3 <i>Medicalización</i>	36
1.6 La determinación social de la salud como pensamiento contrahegemónico.....	37
2. Diseño metodológico del estudio en el programa de internado rotativo de la ESPOCH.....	41
2.1 Preguntas de investigación.....	41
2.2 Objetivos	41
2.2.1 Objetivo general de la investigación.....	41
2.2.2 Objetivos específicos	41
2.3 Diseño de estudio.....	41
2.4. Definición y caracterización de la población de estudio.....	42
2.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información	43
2.6. Proceso o estrategias de recolección de información.....	44
2.7 Modelo analítico operacional del estudio	44
2.8 Plan de análisis estadístico.....	50
2.8 Limitaciones de la investigación.....	51
2.9 Consideraciones éticas de la investigación	51
Capítulo segundo Análisis del modelo médico hegemónico en el Programa de Internado Rotativo de la ESPOCH	53

1. El Sistema de Salud y la Formación Médica	53
2. El modelo médico hegemónico presente en la formación médica y el PIR de la ESPOCH.....	55
2.1 El biologismo en la formación médica de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo	55
2.2 El individualismo en la formación médica de la ESPOCH.....	58
2.3 Ahistoricidad de la enfermedad y de la práctica de salud en la formación médica de la ESPOCH	59
2.4 Patologización de la salud en la formación médica de la ESPOCH	61
2.5 A-sociabilidad en la formación médica de la ESPOCH.....	62
2.6 Hegemonía de lo clínico/asistencial/curativo en la formación médica de la ESPOCH.....	63
2.7 Mercantilización de la salud/enfermedad/atención en la formación médica de la ESPOCH.....	64
 Capítulo tercero Modos de vida de estudiantes del PIR y efectos del MMH en su salud	67
1. Caracterización de los estudiantes perteneciente al PIR	67
2. Realidad particular: inserción laboral del principal responsable económico del hogar	71
4. Realidad particular: Modos de vida	75
5. Realidad particular: participación en organización social/comunitaria de los estudiantes del PIR de la ESPOCH	76
6. Realidad particular opinión sobre el modelo educativo en el programa de internado rotativo: conciencia y conocimiento sobre el MMH.....	77
8. Realidad individual: Estrés en estudiantes del Programa de Internado Rotativo... 81	
9. Nivel de satisfacción de estudiantes con el Programa de Internado Rotativo.....	94
9. La triple Inequidad	103
10. Matriz de Procesos Críticos	106
 Discusión, conclusiones y recomendaciones sobre el modelo médico hegemónico en el programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo desde el enfoque de la Determinación Social de la Salud.....	111
1. Discusión	111

	11
2. Conclusiones	113
3. Recomendaciones.....	123
Lista de Referencias	125
Anexos.....	131
Anexo 1 Operacionalización de variables de la DSS	131
Anexo 2 Encuesta con enfoque en la Determinación social de la salud para estudiantes del PIR	139
Anexo 3 Formato de guion de entrevista para Docentes del PIR.....	151
Anexo 4 Consentimiento Informado para la participación en el estudio.....	153
Anexo 5 Plan de estudios de la carrera de medicina 2018 - ESPOCH.....	155

Lista de Ilustraciones

Figura 1. Pirámide de Miller.....	22
Figura 2. Modelo de competencias y desempeño de Cambridge	22
Gráfico 1. Pirámide poblacional -PIR de la Espoch.....	68
Gráfico 2. Niveles de estrés según el género en estudiantes del PIR de la ESPOCH.....	91
Gráfico 3. Niveles de satisfacción de los y las estudiantes del PIR de la ESPOCH.....	94

Lista de tablas

Tabla 1. Matriz de operacionalización.....	44
Tabla 2. Inserción social (Algoritmo para cada fracción social)	47
Tabla 3. Distribución de estudiantes del PIR de la ESPOCH por edad y sexo.....	67
Tabla 4. Provincia de procedencia de estudiantes del PIR -ESPOCH	68
Tabla 5. Autoidentificación étnica de estudiantes del PIR –ESPOCH según provincia de procedencia	69
Tabla 6. Estado civil de estudiantes del PIR de la ESPOCH.....	70
Tabla 7. Hospital donde realiza el PIR de la ESPOCH	71
Tabla 8. Principal responsable económico del hogar del o de la estudiante del PIR de la ESPOCH.....	72
Tabla 9. Nivel de educación del principal responsable económico del hogar del o de la estudiante del PIR de la ESPOCH	72
Tabla 10. Ingresos mensuales del hogar del o de la estudiante del PIR de la ESPOCH.....	73
Tabla 11. Inserción laboral del hogar del o de la estudiante del PIR de la ESPOCH.....	73
Tabla 12. Propiedad de los medios de producción del principal responsable económico del hogar de los estudiantes del PIR de la ESPOCH	74
Tabla 13. Clase social del hogar del o de la estudiante del PIR de la ESPOCH	75
Tabla 14. Categorización de modos de vida.....	75
Tabla 15. Participación en organizaciones sociales de la estudiante del PIR de la ESPOCH.....	76
Tabla 16. Nivel de acuerdo con el modelo educativo de estudiantes del PIR de la ESPOCH.....	77
Tabla 17. Deportes que practican los y las estudiantes del PIR de la ESPOCH.....	79
Tabla 18. Frecuencia de práctica de la actividad física en estudiantes del PIR de la ESPOCH.....	80
Tabla 19. Consumo de alcohol y tabaco en los y las estudiantes del PIR de la ESPOCH	80
Tabla 20. Factores estresantes por el Programa de Internado Rotativo de la ESPOCH según los y las estudiantes	81
Tabla 21. Factores estresantes relacionados con la responsabilidad doméstica según los y las estudiantes del PIR de la ESPOCH	82

Tabla 22. Factores estresantes de consumo y ambiente.....	82
Tabla 23. Factores estresantes de pérdida afectiva, sufrimiento moral o físico	83
Tabla 24. Nivel de estrés	84
Tabla 25. Nivel de estrés en estudiantes del PIR de la ESPOCH	85
Tabla 26. Nivel de estrés vs ocupación del responsable económico	86
Tabla 27. Nivel de estrés vs fuente económica e ingresos en el hogar	87
Tabla 28. Nivel de estrés vs participación en la organización social.....	88
Tabla 29. Nivel de estrés vs inserción social	89
Tabla 30 Nivel de estrés según modos de vida de los estudiantes PIR de la ESPOCH.	89
Tabla 31. Nivel de estrés vs actividad física en estudiantes del PIR de la ESPOCH	90
Tabla 32. Nivel de estrés vs consumo de alcohol y tabaco en estudiantes del PIR de la ESPOCH.....	91
Tabla 33. Nivel de estrés jefatura femenina del hogar en estudiantes del PIR de la ESPOCH.....	92
Tabla 34. Nivel de estrés vs inequidad étnica.....	93
Tabla 35. Nivel de satisfacción general con el programa de estudiantes del PIR de la ESPOCH.....	94
Tabla 36 Satisfacción con el modelo educativo según modos de vida de los estudiantes del PIR de la ESPOCH	95
Tabla 37. Nivel de satisfacción según hospital del PIR de la ESPOCH.....	96
Tabla 38. Nivel de satisfacción vs calidad de vida de los y las estudiantes del PIR de la ESPOCH.....	97
Tabla 39. Nivel de satisfacción vs participación en organización social de los y las estudiantes del PIR de la ESPOCH	98
Tabla 40. Nivel de satisfacción de los de los y las estudiantes del PIR de la ESPOCH según su hábito de actividad física	99
Tabla 41. Nivel de satisfacción vs consumo de sustancias nocivas.....	99
Tabla 42. Nivel de satisfacción vs inserción social de los hogares de estudiantes del PIR de la ESPOCH	100
Tabla 43. Nivel de satisfacción vs indicadores de género	101
Tabla 44. Nivel de satisfacción vs inequidad étnica	101
Tabla 45. Nivel de satisfacción según indicadores de inequidad.....	103
Tabla 46 Nivel de estrés según indicadores de inequidad	105
Tabla 47. Matriz de Procesos Críticos de la Determinación Social.....	107

Abreviaturas

ESPOCH	Escuela Superior Politécnica de Chimborazo
GAD	Gobiernos Autónomos Descentralizados
IES:	Instituciones de Educación Superior
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MMH	Modelo Médico Hegemónico
MSP	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
PIR	Programa de Internado Rotativo

Introducción

La educación médica carece del enfoque sistémico y contextualizado que requiere la integración del conocimiento en la solución de problemas de salud. Esta carencia se expresa en el diseño del programa de estudio y, por ende, el proceso formativo no logra crear en el estudiante el entendimiento sobre el proceso salud-enfermedad y menos aún genera la comprensión sobre la determinación social de dicho proceso, en sus dimensiones general – particular – singular.

La salud pública y la atención en salud en general, han estado históricamente caracterizadas por una visión positivista, marcadamente biologicista y medicalizada, centrada en la enfermedad y no en la salud. El pensamiento hegemónico en salud simplifica y reduce la compleja determinación social de la salud y la enfermedad a los clásicos factores de riesgo. En tal sentido la universidad debe afrontar el desafío de formar profesionales preparados para enfrentarse a los problemas de la reproducción social y de la estructura social desde una mirada crítica.

La presente investigación analiza críticamente la implementación del modelo médico hegemónico, en el programa de internado rotativo de la carrera de Medicina de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, en la ciudad de Riobamba y la relación con la formación de los profesionales médicos y los efectos en la salud de los internos. Se realiza un análisis de los modos y estilos de vida de los estudiantes denominados internos rotativos de medicina, se determina la prevalencia de los trastornos psicosociales que presenta este grupo que influyen directa o indirectamente en su desempeño estudiantil y pre-profesional.

El documento se divide en cuatro capítulos. El primer capítulo denominado enfoque teórico y metodológico contiene los fundamentos teóricos que se han tenido en cuenta para realizar la investigación, iniciando con modelos educativos en medicina, el panorama de la educación médica en América Latina, el contexto de la educación médica en el Ecuador y la identidad educativa de Riobamba hasta terminar en el modelo médico hegemónico y su influencia en la medicina. Bajo este mismo capítulo se encuentra las preguntas de investigación, los objetivos trazados en el estudio y el tipo, nivel y diseño de la investigación. Así mismo, se da a conocer el universo de la muestra y el proceso utilizado para la conformación de la misma. Se incluye la descripción de las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección y análisis de los datos. Se describe igualmente el procesamiento estadístico utilizados, las consideraciones éticas del estudio, en las que

se toman en cuenta los aspectos relacionados con la confidencialidad, anonimato y consentimiento informado de los participantes.

En el segundo capítulo, se exponen el resultado del análisis de la implementación del modelo médico hegemónico, en la formación médica de los internos rotativos de la ESPOCH. El tercer capítulo está dedicado al análisis de los modos y estilos de vida de los internos, y los indicios de afectación en su salud por presencia de estresores e insatisfacción con las condiciones del PIR.

En el cuarto y último capítulo se plantea la discusión, las conclusiones basadas en los resultados obtenidos y se destacan los hallazgos medulares de la investigación; complementando con recomendaciones.

Capítulo Primero

Enfoque teórico y metodológico

1. El enfoque teórico: la determinación social de la salud y la crítica al modelo médico hegemónico

1.1. Modelos educativos en medicina

Partiendo de la definición de modelo como una construcción imaginaria de un conjunto de objetos o fenómenos con el propósito de estudiar su comportamiento y del currículum que es el conjunto de principios formativos, científicos, epistemológicos, didácticos y metodológicos en un proyecto educativo, para lograr la formación integral de los estudiantes (Torres y Badillo 2007), se abarca los modelos educativos en medicina y sus diferentes aspectos.

El modelo educativo clásico en la medicina occidental, es identificado con el propuesto por Flexner (1909). Abraham Flexner cumplió la labor de realizar un análisis sobre las instituciones en las que se impartía la carrera de medicina, tras un año de visitas por todas las Escuelas de Medicina en Estados Unidos y Canadá, tomando como referencia la educación europea. Analizó desde los requisitos de admisión, las instalaciones de las escuelas, la preparación de los profesores, los programas de estudio, hasta la existencia o no de laboratorios y los aspectos financieros, culminando en el año 1910 la publicación del *Boletín No. 4 de la Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, cuyo informe llevaría por nombre *Medical Education in the United States and Canada*, (Flexner 2002), donde se destaca que para el ingreso a carreras de medicina se debe exigir dos años de materias básicas, seguidos de dos años de materias clínicas y para terminar con dos años de prácticas originándose un modelo académico 2:2:2 que asegure la creación de prácticas de laboratorio e integración teórico-práctica en hospitales. (Wojtczak 2006)

Posteriormente aparece el Modelo Miller y Cambridge (1990) fundamentado en el enfoque evaluativo de las competencias propias de un médico clínico (competencias duras), surgiendo la pirámide de Miller, la cual se encuentra estructurada por 4 niveles que representan la evolución y complejidad de los conocimientos y habilidades que

deberá obtener el médico en formación; así mismo el método por el cual serán evaluados los diferentes niveles.

Figura 1.

Pirámide de Miller

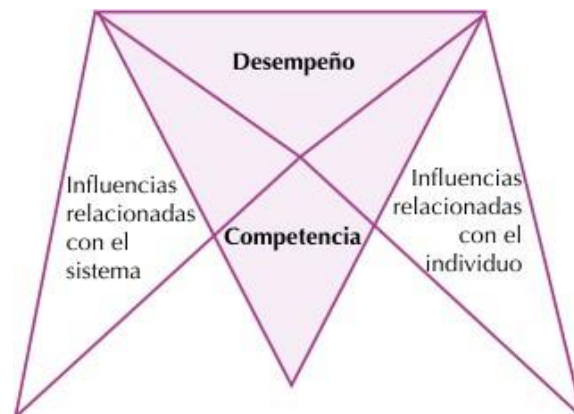


Fuente: Rethans et al (2002)
Elaboración: Geosalud

Rethans et al (2002) analizaron la pirámide de Miller encontrando como inconveniente la rigidez del modelo ya que no tomaba en cuenta influencias tanto del sistema como del individuo que interferían en la adquisición y desarrollo de competencias. Proponen una modificación al triángulo de Miller el de esquematizar y mostrar gráficamente la competencia como un requisito importante para el rendimiento, además de agregar dos triángulos que representan las influencias del sistema y de la individual adecuación del modelo que se representa en la siguiente figura.

Figura 2.

Modelo de competencias y desempeño de Cambridge.



Fuente: Rethans et al (2002)
Elaboración: Geosalud

A partir de estos indicios aparece la Declaración de Edimburgo (1988) durante la primera Conferencia Mundial sobre Educación Médica, en la que destacan acciones que contemplan los modelos anteriores como: programas de estudio que contengan temas prioritarios de salud y disponibilidad de recursos; garantía de competencia profesional y valores sociales a los egresados, énfasis en promoción de la salud y prevención de enfermedades; aprendizaje permanente con la existencia de tutorías, en ese sentido esta Declaración comenzaba a formar médicos encargados de impartir cursos como educadores y no sólo como expertos en los temas, así como la creación de grupos selectos de estudiantes que ingresen a la carrera de medicina, evaluando logros académicos y cualidades personales, fomento del trabajo en equipo con la colaboración de instituciones y profesionales de la salud.(Gual et al. 2013).

La escuela latino americana de medicina surgió como consecuencia de la crisis humanitaria que sufrió la isla y los diferentes países que fueron afectados por los huracanes MITCH y George con su destructiva carga letal, fue la causa para la formación de médicos necesarios en centro América, república Dominicana y Haití, por lo que Fidel Castro, proclamo en la inauguración de la Escuela Latinoamérica de medicina “ la muerte sistémica continua arrancando silenciosamente más vidas cada año que las que matan todos los desastres naturales juntos”, (Fidel 1999, 15); al poco tiempo decidió abarcar al conjunto de países de latino americanos, con estudiantes de todas los países. En la IX Cumbre Iberoamericana y en presencia de mandatarios que acudieron al evento ya había estudiantes de prácticamente todas las naciones del centro, sur y hemisferio occidental, en aquel día Fidel Castro expreso “En los sectores con más carencias de médicos de América Latina y del Caribe, están muriendo cada año más de un millón de personas, de ellos 500 mil niños, por enfermedades previsibles y curable. Decenas de millones de latinoamericanos no tiene acceso a los servicios de salud”. (Fidel 1999)

“En el evento previo, por el año 2015; la presencia de la salud colectiva brasileña a los 35 años de la creación de la ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) y la conmemoraciones de los 20 años de la revista Ciencia & Saúde Coletiva, órgano oficial de la asociación; en el Congreso brasileño de la educación médica, señalo esta referencia pues el articulo retomo y amplio las cuestiones en relación con la educación de los estudiantes de medicina, que les faltaba dentro de currículo: el proyecto preventivo, la medicina social y la salud colectiva, con estos antecedentes se abordaron las etapas de institucionalización y se analizaron la conectividad y la comunicación y regularización

de los discursos y las prácticas de la construcción de una identidad y de las acciones políticas e incorporación y legitimación”. (Spina 2012) . Construir una tipología de estudio que aborde los estudios de la salud colectiva en las bases documentales bibliográfico es para el análisis del proceso de institucionalización ese campo de conocimiento y practicas

Acogiendo lo descrito anteriormente se origina la *Declaración de Bolonia*(1999) que se conoce como el llamado *Proceso de Bolonia*, donde se tomaron varias decisiones políticas y sociales con el fin de otorgar a la Educación Superior un espacio homogéneo, competitivo y atractivo, tanto para estudiantes como para docentes.(Rodríguez Gómez y Rodríguez Gómez 2018), dando a resplandecer un importante proyecto denominado *Outcome Project Milestone* el cual proponía mejorar las habilidades de los médicos cuando realicen la residencia médica a través de seis dominios que son: 1) cuidado del paciente con una comunicación efectiva; 2) conocimiento médico con pensamiento analítico; 3) aprendizaje basado en la práctica, identificando fallas e implementando cambios para mejorarla; 4) habilidades de comunicación interpersonal, no sólo con el paciente sino con familiares, colegas y otros profesionales de la salud; 5) profesionalismo dotado de virtudes, valores, excelencia y actualización continua; 6) práctica en los servicios, tener conciencia de los costos y beneficios para los pacientes (Morales Castillo y Ruiz 2015). Estos dominios están relacionados con las competencias que debería poseer cualquier graduado de una escuela de medicina.

Con este acontecimiento significativo en la educación médica nace un marco de educación que camina sobre las competencias esenciales de un médico, denominado. CanMEDS que se plasmó en un documento que describe los conocimientos, destrezas y habilidades que los médicos especialistas, necesitan para obtener mejores resultados cuando entran en contacto con los pacientes, es así que dentro de las competencias se determinan siete roles: médico experto, comunicador, colaborador, líder, defensor de la salud, estudioso, profesional.(Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 2006).

Posteriormente la UNESCO en la Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI, plasma en 17 lineamientos la pauta para forjar una nueva visión de educación, creando una reforma que asegura la igualdad de acceso a la educación superior, la participación y promoción del acceso de las mujeres con un sistema de educación equitativo y no discriminatorio; el conocimiento mediante la investigación y la difusión de sus resultados, la cooperación con el mundo del trabajo y la previsión de

las necesidades de la sociedad; la igualdad de oportunidades mediante métodos educativos innovadores que fomentan el pensamiento crítico y creativo del estudiante.(Rodríguez Gómez 2000)

Con este recuento histórico sintetizado de los procesos que se han llevado a cabo en la educación médica en el mundo y en especial en los países de América Latina, tomando como referencia el paradigma flexneriano, se ha evidenciado que el siglo XX ha sido testigo de grandes esfuerzos encaminados al mejoramiento de la educación médica. En el siglo actual la educación médica se va impulsando por una nueva perspectiva en la formación del Médico con las exigencias de la modernidad ancladas al conocimiento social territorial de cada cultura acentuada geográficamente; retos que han sido acompañados de radicales cambios en el paradigma de los profesionales de la salud y su formación. (Triana Ramirez, Alba Nidia, & Álvarez Soler, Jaime Antonio. 2017, 271-298)

1.2 Panorama de la educación médica en América Latina

A decir de Pinzón (2008), hasta el momento en la educación existe una gran divergencia de conceptos, objetivos, estrategias y currículos que en conjunto con una serie de reformas en la legislación de la salud y educación en los diferentes países de habla hispana, limita cada día más la práctica docente, el ejercicio médico y la extinción del Hospital Universitario, obligando a someterse a un sistema donde cuenta más la eficiencia de un servicio y no la calidad del mismo.

Por otra parte Olivier (2012) menciona que los sistemas de educación superior en Latinoamérica han registrado en las dos últimas décadas un proceso de fuerte diversificación, tanto en su organización como en su calidad, con la inclusión de modelos universitarios diferentes y contradictorios. La educación de los médicos en América Latina en el último siglo se ha caracterizado por luchas diversas e intermitentes, sobre temas que van más allá de lo estrictamente educativo pero que sin lugar a dudas, han sido parte del itinerario curricular.

Con respecto al nivel académico de la medicina en Latinoamérica se distinguen dos enfoques el *flexneriano* descrito con anterioridad en este texto y el *crítico*, en el sentido que intenta superar algunos de los postulados de Flexner, Miller y Cambridge, e introduce una mirada diferente sobre los determinantes de la salud y la enfermedad.(Pinzón 2008, 35).

Por un lado, la introducción del modelo Flexner (fortalece la visión biológica de la enfermedad) en lo relativo a los campos de las ciencias básicas y clínicas en las universidades latinoamericanas representó la oportunidad para incorporar y modernizar las ciencias básicas preclínicas, las cuales contribuyeron a la formación de docentes especializados, promovieron el desarrollo de una infraestructura biomédica, la creación y fortalecimiento de unidades de apoyo para todo el proceso de enseñanza. Por otra parte este modelo de ninguna manera contribuyó a favorecer una visión integral del hombre (Barrios y Manuel 2017), muchas de sus recomendaciones han sido muy limitadas y en ocasiones rechazadas cuando han llegado al punto de implementación. En esencia, el modelo flexneriano colocó como fundamental la dimensión biológica de la enfermedad y la atención al individuo basada en la *departamentalización* o territorialidad del conocimiento y la especialización de la práctica médica, idea que perdura todavía dentro de la educación médica contemporánea. (Pinzón 2008, 37).

El modelo medico alternativo son generalmente son reconocidas a las prácticas tradicionales en este concepto no solo connota la suerte de pasado cargado de valores sino toda una serie de prácticas, alternativas siendo las llamas PRÁCTICAS TRADICIONALES , este modelo tiene muchos rasgos estructurales que tiende a ser susceptible a cambios por sus caracteres conflictivos si bien este modelo es una construcción con caracteres conflictivos y hasta no compatibles es modelo para que funcione dependerá del arreglo estructural y la conformación del mismo y los elementos que tiende a identificar y subordinas y puedan establecer como alternativa no complementaria

EN SEGUNDO LUGAR, EL MODELO DONNANCELO EN UNA CONFERENCIA

La influencia de Flexner, ha perdurado en lo largo de las últimas décadas su gran dominio se debe a que en el interior del universo positivista del flexnerianismo hay una ecuación bien definida en la cual la medicina norteamericana se espejó y moldeó, imponiéndola al resto del mundo en el transcurso de este siglo, cualquier intento de cambio curricular realizado en las escuelas de medicina de los países latinoamericanos, empieza con el reconocimiento de los principios de Flexner, desde las propuestas de organizar la estructura curricular no sólo por disciplinas científicas, sino por problemas de salud relevantes y prioritarios hasta la línea de creación de currículos basados en entrenamientos en consultorios externos y centros de salud comunitarios, que hacen del hospital una etapa y no el centro de la capacitación. (Pinzón 2008, 39).

El paradigma *flexneriano* continúa en la actualidad con seguidores fervorosos al mismo, no sólo por los cambios que introdujo en la educación médica de América Latina que en su momento cumplieron con alguna necesidad de fortalecimiento, sino también por los temas en auge dentro de las reformas de la educación médica, relacionados con la búsqueda de calidad, acreditación, sistemas de evaluación, mala práctica, la superproducción de médicos y el exceso de facultades de medicina. Podría pensarse que esta continuidad está cristalizada, en el sentido de que los educadores médicos no se les ocurre enseñar de otra manera y posiblemente, su pensamiento sobre la enseñanza de la medicina se inclina hacia este paradigma.(Restrepo 2001).

Abarcando el paradigma *crítico* este nace como respuesta a muchas de las inquietudes y contradicciones que surgieron del modelo *flexneriano*, dando importancia a un modelo *epistemológico crítico*, que reconoce a los factores político, económico y social como determinantes en la constitución de las formas de estratificación social y de los procesos de salud - enfermedad.

Pinzón (2008, 40) contribuye a decir que la construcción de un modelo educativo alternativo debería tener en cuenta las relaciones entre el concepto de salud, los modos de producción y las circunstancias socioeconómicas, para así poder analizar y proponer un sistema adaptado a la sociedad las divergencias y el propósito investigativo docente que las caracterizan. Este modelo debe comprometer a los estudiantes como responsables de su aprendizaje, en ayudar a las facultades a organizar el currículo alrededor de problemas de la vida cotidiana del ejercicio de la profesión, relevantes, y a la creación de un ambiente diferente de estímulo y nuevos aprendizajes para los propios docentes. Se debe abandonar el concepto de receta académica y construir una propia, en el ejercicio diario de la docencia; construyendo los casos problemas desde un enfoque multidisciplinario, rompiendo con el esquema clásico de la enseñanza fraccionada y departamentalizada, replanteando los aprendizajes significativos para los estudiantes en el contexto social de la salud en cada uno de los contextos de los países de Latinoamérica, la situación de los sistemas y servicios de salud, realizando una real radiografía y aceptando la diversidad y singularidad que caracteriza a cada nación, los avances de conocimiento de la medicina la ética y la tecnología, como herramientas fundamentales para el mejoramiento de las estrategias.

1.3 Contexto de la educación médica en el Ecuador

Donoso, Herrera, y Aguinaga (2004) mencionan que el paradigma flexneriano predomina en la formación de recursos humanos en salud y no existe coherencia entre los perfiles académicos y los ocupacionales, la formación de recursos en salud en las universidades del Ecuador, no está orientada a la realidad latinoamericana en salud, en particular a la situación económica, social y política. Al analizar la formación de recursos humanos en salud a nivel pregrado, el pensum representa la visión estrictamente biomédica de la salud, especialmente en las facultades de Medicina. Las universidades ecuatorianas no cuentan con personal de salud capacitado para interpretar la realidad sanitaria del país.

A decir de la CEAACES (2010); no existe entre las distintas instituciones una política consensuada para la formación de médicos, cada facultad mantiene esquemas educativos independientes y muchos de ellos son poco comparables. Tampoco se han establecido criterios sobre el número de estudiantes admitidos de acuerdo con las necesidades reales del país, ni existe una legislación sobre este tema.

Se destaca el cambio en la política de admisión en algunas facultades de medicina estatales, tras la implementación de procesos de selección más rigurosos. En forma explícita o no, todos los perfiles de egreso, referidos por las universidades, proponen formar un médico general, con habilidades aplicables a la Atención Primaria de Salud (APS). De éstas se destacan las relacionadas al trabajo comunitario, las actividades de promoción y prevención de la salud, tanto a nivel colectivo como individual. (CEAACES 2010,8).

Desde el punto de vista de los planes educacionales se observa una fuerte tendencia a abandonar los modelos de currículos disciplinares. Se organizan preferentemente en forma integrada, en muchos casos utilizando la integración de tipo espiral. Asimismo, la mayoría prevé un ciclo clínico que comporta rotaciones extendidas en escenarios ambulatorios. En cuanto a la metodología educacional empleada, si bien las actividades varían entre las universidades, hay una clara tendencia a abandonar las clases magistrales, para pasar a propuestas educativas de trabajo en pequeños grupos, priorizando el tiempo de auto aprendizaje. (CEAACES 2010,10)

Con pocas diferencias, se puede apreciar que, durante su formación, los estudiantes pasan por tres momentos: 1) Los dos primeros años *ciencias básicas*; el objetivo general es el aprendizaje de la estructura y el funcionamiento del cuerpo humano. En este periodo las prácticas se realizan en laboratorios de Biología, Bioquímica,

Fisiología, Histología, Microbiología, Genética, Inmunología, Farmacología, etc., y adquieren formación en disección de cadáveres para el reconocimiento de la Anatomía, si bien en algunas carreras se emplean sistemas virtuales, modelos 3D y tecnología de última generación para remplazar al cadáver. 2) Tercero y cuarto años; *ciencias preclínicas*: estudio de la ruptura del equilibrio de los sistemas normales (Homeostasis). La Patología, Fisiopatología, Semiotécnica y Semiología, es decir la expresión de la enfermedad y las técnicas de identificar, reconocer y explicar los signos y los síntomas, técnicas de entrevista, examen físico, utilización de instrumentos básicos, el fonendoscopio, el tensiómetro y otros elementos complementarios, los sistemas técnicos de imágenes y gabinete, etc. 3) A partir del quinto año se abordan las *ciencias clínicas y quirúrgicas* y los estudiantes tienen prácticas tutorizado en un servicio de salud. En este periodo, en algunas escuelas se han implementado prácticas ambulatorias regulares denominadas *externados*. Finalmente, y con independencia de las variadas formas curriculares de cada escuela de medicina, los estudiantes de sexto año de la carrera de medicina, deben realizar un año calendario de *internado rotativo*, bajo la figura de becarios de las instituciones de salud, y en consecuencia deben cumplir funciones de acuerdo a las necesidades del hospital o servicio al que estén asignados y a mantener ante las universidades el estatus de estudiantes. (CEAACES 2010,12).

La herencia de Flexner, sigue siendo evidente cuyos conceptos y recomendaciones tienen plena vigencia y están aplicándose en el medio educativo ecuatoriano; el aprendizaje de las ciencias básicas, la importancia de los laboratorios para la consolidación de los conocimientos teóricos y, los escenarios para la enseñanza de la clínica, siguen siendo un pilar para la formación del médico ya que de esta manera el médico en formación va ir adquiriendo habilidades y destrezas sobre la anatomía del ser humano tomado en cuenta que en algún momento tendrá que realizar procedimientos invasivos, para aliviar y sanar.

Sin embargo, el salto de calidad de la Educación Médica en el Ecuador ha permitido que esta pueda diversificarse en varias formas como el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) y la denominada "New Pathway" mediante la cual los estudiantes trabajan bajo tutorías en grupos pequeños. (Moore et al. 1994).

Con la adopción del modelo de compromiso social, con la salud de las comunidades más necesitadas, asumiendo un rol preponderante en la mejora de la situación sanitaria de las poblaciones rurales, o urbano – marginales, en comprensión de

los determinantes de la salud y enfermedad adoptado por el estado ecuatoriano la educación médica ha seguido varios caminos. Uno que promueve la ruptura del modelo tradicional biológico y centrado en la enfermedad para pasar a uno centrado en la persona con un enfoque integral-integrador que toma en cuenta los aspectos psicológicos, sociales y culturales como determinantes del proceso salud – enfermedad. Y otro que incentiva el uso de las nuevas metodologías y herramientas que complementan y en ciertos casos reemplazan, la enseñanza tradicional de la clase magistral y el abordaje directo del paciente en la práctica clínica, con nuevos instrumentos como las TICs, el empleo de simuladores para la adquisición de habilidades y destrezas, la implementación de nuevas metodologías como el ABP, o la incorporación de la Medicina Basada en Evidencias (MBE) como estrategias educativas.

Acogiendo todo lo descrito anteriormente se avizora que transcurrido más de un siglo desde las observaciones de Flexner, en el panorama de la educación, hoy en día, las adecuaciones en la educación médica ecuatoriana no son más que leves reformas, que se presentan como transformaciones con poca relevancia y utilidad en la integridad de la vida de estudiantes, docentes y sociedad.

1.4 Identidad educativa de Riobamba

La ubicación geográfica, los bajos costos en la ciudad y la variedad de carreras universitarias con alta demanda laboral, son los factores que volvieron a Riobamba una ciudad de destino académico, donde la afluencia de estudiantes es un motor económico que influye en el desarrollo del comercio y del sector inmobiliario. La vida universitaria es parte de su identidad que se ha creado a partir de los barrios universitarios, sectores donde viven estudiantes de otras provincias.(Márquez 2017, párr 3).

Dos universidades, son las que proporcionan la identidad educativa a Riobamba, la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH), y la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), en esos dos centros de estudios se educan 34.000 estudiantes, de ellos, el 63% es migrante, y proviene de las 24 provincias del país (Márquez 2017, párr 5).

Según Márquez (2017, párr 7), el que Riobamba esté situada en el centro del país, a tres horas de la Amazonía, cuatro horas de la Costa y tres de Pichincha, es un factor clave para la decisión de los estudiantes, a la hora de escoger dónde estudiar. Por otra parte, la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, es la institución educativa con mayor cantidad de estudiantes en la ciudad, con 40 carreras disponibles, de las cuales,

medicina y administración de empresas, son las de mayor demanda por estudiantes de las 24 provincias del Ecuador.

Las universidades que proporcionan identidad a Riobamba responden principalmente a las tensiones y problemas de la Zona de Planificación 3, constituida por las provincias de Chimborazo, Cotopaxi, Pastaza y Tungurahua. La planificación estratégica institucional, su modelo educativo y pedagógico, los diseños curriculares giran en torno a lo dispuesto por la Senplades (2013), la cual presenta los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir y sus políticas que enmarcan a las universidades en un sistema universitario con fin social y responsabiliza a ésta como actor primordial para alcanzar el Buen Vivir, paradigma que refiere el cuidado de la vida como sustancial y a la educación como condición para alcanzar los fines sociales en conjunto con la Matriz Productiva.(Cevallos 2014).

1.5 El modelo médico hegemónico y su influencia en la medicina

A partir de la década de los años 80 dos galenos ecuatorianos (Edmundo Granda Ugalde y Jaime Breilh Paz y Miño) instituyeron dentro de la Universidad Central de Ecuador, la creación de la Escuela de la Salud Pública, tras fomentar y construir una idea innovadora que contrapropusiera a la salud tradicional y la forma de relacionar los procesos sociales generales del proceso salud enfermedad colectiva, practica en salud y saber en salud. (Granda 2009)

El pensamiento occidental, cuyos orígenes se remontan a la época del Renacimiento en Europa (siglos XV hasta XVII), se constituye como la principal base de ideas, reflexiones y sentimientos tanto en la cotidianidad como en el desarrollo de la ciencia. Dentro de esta forma de pensar que sobrevalora lo racional, desestimando todo aquello que la lógica no logra explicar ha emergido la medicina como ciencia que ha asumido su posición para mirar el problema de la salud y la enfermedad a partir del mecanicismo, que supone que todo el Universo, puede mirarse desde una sola racionalidad, puede fragmentarse como las piezas del reloj, y puede predecirse, la linealidad y bajo la influencia del positivismo que motiva a aceptar sólo lo que se puede medir, cuantificar y percibir.(Vetere 2006)

La ciencia médica, se ha construido bajo discursos y prácticas desde el reduccionismo biológico que determina un análisis del ser humano, que solamente acepta lo que la “ciencia” y la racionalidad pueden ver, mientras excluye de su mirada, rasgos,

posibilidades, valores y relaciones del ser humano que deja por fuera de sus observaciones y análisis, así como otras formas de conocimiento, de esta forma se consolida el Modelo Médico Hegemónico, dentro de esta forma particular de ejercer la medicina. (Vetere 2006, 30).

Para entender el Modelo Médico hegemónico (MMH), primeramente, se debe entender la interpretación de la palabra *modelo*, la cual se define como una abstracción de la realidad, que reúne las características más dominantes y, por lo tanto, compartidas, en este caso compartidas por los médicos, por lo que se induce hacia el *modelo médico*. (Vetere 2006, 31).

Y en segunda instancia se debe conocer el término hegemonía que hace alusión a conquistar el poder de dirección sobre los otros grupos, es decir imponer esa visión dominante sobre los grupos subalternos, en este contexto Vetere (2006, 35), define la hegemónica a la forma legitimada, no solo por consenso sino también por coerción, de ejercer la medicina; que es presentada como la única forma de ejercerla, relegando e incluso reprimiendo a todas aquellas prácticas médicas que no se ajusten a esta forma oficial del saber médico.

Retomando los términos descritos fue el antropólogo Eduardo Menéndez, quien a través de sus trabajos en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (en el D.F., México) impulsó desde principios de la década de los ochenta el desarrollo de la antropología médica bajo una perspectiva crítica y propone la siguiente definición de Modelo Médico Hegemónico.

Conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII; ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. (Menéndez 1998, 20).

Menéndez (1998) ha analizado ampliamente las principales características estructurales de la medicina alopática actual resumidas en los siguientes elementos: a) el biologismo, b) una concepción evolucionista, dualista (mente/cuerpo), mecanicista, positivista del individuo y de la enfermedad; c) se centra en lo patológico; d) a-historicidad; e) a-sociabilidad; f) individualismo; g) exclusión de la subjetividad del individuo; h) hegemonía de lo clínico/asistencial/curativo; i) eficacia pragmática; j) la

salud/enfermedad/atención como mercancía (en términos directos y/o indirectos); k) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; l) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; ll) relación médico/paciente asimétrica; m) relación de subordinación técnica y social del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica); n) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; ñ) el paciente como responsable de su enfermedad; o) inducción a la participación subordinada y pasiva del paciente como "consumidor de acciones de salud"; p) producción de representaciones y prácticas técnicas que tienden a excluir al paciente del saber médico; q) dominio de actividades de prevención no estructural; r) no legitimación científica de otras prácticas; s) profesionalización formalizada; t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otras concepciones y prácticas médicas; u) tendencia a medicalizar cada vez más aspectos de la vida cotidiana; v) tendencia a la escisión entre teoría y práctica médica; w) dominio de una orientación a la acción/intervención.

En otra de sus investigaciones Menéndez (2003), determina que el sistema de salud, bajo el Modelo Médico Hegemónico cumple funciones curativas, preventivas y de mantenimiento; de control, normatización, medicalización y legitimación; y económico-ocupacionales; las cuales tienden a reproducir el sistema dominante mientras que el aporte de otro estudio de Menéndez (2016), afirma que en la práctica el peso de lo biológico ha excluido o secundizado la inclusión de factores económico-políticos y/o culturales y ha excluido o reducido el uso de prácticas como la herbolaria o la aplicación de determinadas estrategias preventivas estructurales.

Por otra parte Menéndez (2012), señala que en los biomédicos opera una explicación de tipo cientificista preocupada por establecer un corte con toda aquella dimensión que afecte su autoconcepción como saber científico, y en los críticos de la biomedicina no se reconocen que esta, es parte de un sistema sociocultural y se concibe como una interpretación de tipo etnicista que polariza la relación cultura/ciencia.

En complementación Vetere (2006, 28), menciona que el análisis global del MMH no puede reducirse a sí mismo; su descripción y análisis debe realizarse junto con el de los saberes y prácticas que subordina; y además, tiene que ser ubicado dentro del proceso de construcción histórica de esas relaciones y sobre la forma en que coexisten las prácticas médicas alternativas (tradicionales y domésticas) junto con la medicina dominante.

Vetere (2006), en su estudio *El modelo médico hegemónico y su reproducción en el perfil de médico* descubre tres elementos que se encuentran en la columna vertebral del Modelo Médico Hegemónico, que inciden en la medicina actual y la formación de los actuales profesionales médicos los cuales se analizan a continuación.

1.5.1 El biologismo en la formación médica

Uno de los elementos constitutivos de este modelo, que ha sido denominado MMH, es su marcado biologismo, esta característica salta a la vista en muchas de sus concepciones y diagnósticos, como en la manera de abordar los problemas y relacionarse con las personas que acuden a la atención médica.

La filosofía positivista ha contribuido en gran escala a marcar esta tendencia y este predominio del biologismo. Esto ha hecho que muchos médicos sostengan que, en la medicina, lo científico, lo válido, lo benéfico, lo justo, es lo biológico. Para éstos lo social en medicina es especulativo, abstracto, político, pero no científico. El éxito en el campo de las matemáticas y de la física y la veracidad de la comprobación ha descartado la incorporación a la medicina de todos aquellos factores no pertenecientes al campo de la biología.

El biologismo ha fragmentado al ser humano en especialidades, por edad, sexo, órganos, hábitat, por nivel de cuidados y hasta por síntomas o partes del cuerpo. Algunas de estas fragmentaciones han sido necesarias y útiles, pero el daño mayor ha sido la escisión del ser humano de su contexto social.

Las instituciones médicas, universidades, hospitales, incorporan y perpetúan las especialidades sin cuestionar su validez y verdad. Transmiten verticalismo y autoritarismo en una medicina aislada de la realidad social con la excusa de la neutralidad de las ciencias. Como si esta, no fuera un saber social, la vacían de contenido humano. Las matemáticas, estadísticas y biología, en su vertiente reduccionista, cosifican a los seres humanos.

Una muestra de la preeminencia que tiene el biologismo es el debate suscitado en torno al propio concepto de salud y las luchas que este debió afrontar para ampliar su reducida circunscripción. La salud era considerada como carencia de enfermedad, la desviación del organismo de lo considerado normal.

No siempre el ser humano se enferma igual en todas las épocas. La naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico, sino en el modo característico de enfermarse bien sabemos que en cada época una enfermedad domina la realidad de la

experiencia y estructura las concepciones colectivas. Desde el mismo modo que reenvía al conjunto de condiciones de vida, valores y concepciones de la existencia del momento (se estudia la enfermedad en el marco de las epidemias y de las enfermedades infecciosas y de las enfermedades crónicas de estos tiempos).

La salud y la enfermedad, no pueden ser tomadas como dos entidades separadas, sino que deben ser entendidas como dos momentos (unidos dialécticamente) de un mismo fenómeno. También las conductas de los individuos frente a la enfermedad son parte integral del concepto salud-enfermedad, por lo que propone que el concepto debe ser proceso salud- enfermedad-atención.

El proceso salud-enfermedad, adquiere historicidad, porque esta socialmente determinado, está articulado al proceso social, pero el carácter social del proceso salud-enfermedad, no se agota en la determinación social, ya que el proceso biológico humano mismo es social, ya que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico.

En este contexto el médico despersonaliza la enfermedad, no la ve en el marco de un ser real, en espacio y tiempo, sino como la falla anónima de una función o de un órgano. La enfermedad planteada como si fuese una intrusa que surge a partir de una serie de causalidades mecánicas. En el consultorio se realiza el acto médico, el encuentro con la enfermedad, se produce la ausencia de interacción entre dos sujetos, la enfermedad salta a la escena y desplaza al ser humano. Aparece un marcado interés por encontrar signos, que permitan descubrir la patología del cuerpo.

1.5.2 Tecnificación - El reemplazo del médico

Lo esencial de este modelo biomédico es el conocimiento de la enfermedad, evidencia objetiva, independiente del testimonio del enfermo, aunque éste sea habitualmente una condición para obtener dicha evidencia. Así definido su objetivo, trata de conocerlo en sus más íntimos detalles, con rigor matemático. Emplea para ello la más variada tecnología. Los adelantos logrados explican cambios trascendentes en investigación y atención médicas. La primera tiene a su disposición la ingeniería genética con la biotecnología, mientras la segunda ha abierto la etapa de la especialización y sub-especialización, con necesidad de formación de equipos interdisciplinarios, más aún transdisciplinarios para diagnósticos detallados y precisos, En suma, medicina de órganos, organicista, somaticista, morfologista, esencialmente reduccionista.

La base biológica determina su desarrollo mediante el empleo de las técnicas. Convirtiéndose en una medicina tecnologizada, cuyo aporte, cada vez mayor, imprime a la labor médica un rigor absoluto, incontrovertible. Esto se ha hecho más evidente en las últimas décadas con el desarrollo concomitante de la electrónica y la ingeniería genética, actuando a nivel molecular. Así se ha desarrollado la genética, fruto de biotecnológica, cuyo aporte ha culminado en el conocimiento del genoma humano.

En el campo de la medicina, la idolatrización de la tecnología ha conducido a la creación de especialidades médicas al extremo, que gradualmente y sin que se logre limitarla, cada especialidad genera sub-especialidades.

El médico queda con un rol pasivo, manipulado y presionado por las Corporaciones, y desacreditado y presionado por los clientes (ex pacientes) que apuran su diagnóstico y tratamiento. Al mediatizar los vínculos humanos con cosas-fetiches-fármacos y tecnologías con las imágenes ha contribuido a la deshumanización. La relación paciente-médico, excluye las palabras y los afectos. Sólo incorpora productos. La Maquinaria reemplazará al médico con sus métodos de autodiagnóstico y clínicas de tratamiento a medida.

1.5.3 Medicalización

En un modelo de medicina marcado por la curación de la enfermedad en lugar de la prevención, la medicación farmacológica tendrá un lugar central en la manera de ejercer la profesión. La relación entre la corporación médica y las empresas farmacéuticas es compleja y está sujeta a numerosas influencias. Por una parte, los médicos reciben información científica y técnica sobre las características de los fármacos y sus indicaciones. Por otro lado, la publicidad de las empresas para aumentar sus ventas y sus utilidades, dirigida tanto al público en general como a los médicos en particular, ejerce una influencia, que para algunos es el factor decisivo y más relevante en definir el patrón del consumo de medicamentos. Sus consecuencias se hacen sentir no sólo sobre la salud de los pacientes, sino también sobre los presupuestos de las instituciones que brindan servicios de salud.

El uso de medicamentos es el procedimiento médico más frecuente en la sociedad contemporánea a tal punto que se ha convertido en una industria. La humanidad ha cambiado radicalmente en los últimos años, pero particularmente en los últimos treinta. En la sociedad occidental actual, adquieren particular relevancia las industrias culturales y dentro de ellas son tres las principales: los cuidados médicos, la educación y la

información. En este contexto social se produce un aumento exponencial del conocimiento. Nadie es capaz de abarcar ni siquiera el conocimiento de su disciplina de origen. Los medios de comunicación de masas contribuyen a la difusión casi inmediata del acontecimiento y de la información. Los conocimientos médicos y los efectos “providenciales” de los medicamentos ya están socializados, aunque no siempre los objetivos son los de contribuir a formar ciudadanos conscientes del uso racional del medicamento.

En el contexto mundial de una globalización económica y cultural, se consolida un modelo médico hegemónico como paradigma de la razón terapéutica, pero permeado por el mercado y el consumismo, influenciado por la publicidad. La presión comercial es tan grande por parte de las compañías farmacéuticas, que han llegado a influenciar las posibilidades y objetivos de la investigación y educación médicas, no sólo en los países subdesarrollados, sino también en los países centrales.

Particularmente para el Ecuador Alcíva et al. (2018) estima que hasta el 2010, el 77% de los pacientes compraba medicamentos sin receta médica y el 46,3% de los ecuatorianos compra medicamentos al menos una vez al mes. Sin embargo, el informe la movilidad del mercado se determina por la relación médico-prescriptor-industria farmacéutica, la cual se convierte en un problema cuando el medicamento prescrito no es necesariamente el más efectivo. Los medicamentos más vendidos del país no necesariamente están en relación con la morbilidad del cuadro epidemiológico que padecen los ecuatorianos. En el país existen 6000 farmacias aproximadamente, casi cinco veces más que en Chile. El 90% de las farmacias en el Ecuador están en zonas urbanas. El 53% del total de farmacias en el Ecuador pertenece a dos empresas: Grupo Farcomed (Fybeca, Sana Sana) y Grupo Difare (Pharmacy's, Cruz Azul y Comunitarias).

1.6 La determinación social de la salud como pensamiento contrahegemónico

Feo Istúriz, Feo Acevedo, y Jiménez (2012) menciona que la salud ha estado históricamente caracterizadas por una visión positivista, marcadamente biológica y medicalizada, centrada en la enfermedad y no en la salud, denominándolo pensamiento hegemónico en salud, el cual simplifica y reduce la compleja determinación social de la salud y la enfermedad a los clásicos factores de riesgo y convierte a la epidemiología en mera contabilidad de casos y muertes.

Para estos autores ese pensamiento hegemónico ha tenido dos etapas claramente diferenciadas: la primera, marcada por el carácter biologicista y unicausal, centrada en la enfermedad y no en la salud; y una segunda, de carácter mercantil que coloca a la salud en el mundo del mercado e impulsa su privatización, a partir de la inserción de la salud en los circuitos económicos de producción y acumulación de capital. (Feo Istúriz, Feo Acevedo, y Jiménez 2012, 604)

Hoy, una de las contradicciones fundamentales en el terreno sanitario es la confrontación entre la concepción de la salud como mercancía, desarrollada por ese pensamiento hegemónico, y la contrapuesta a la concepción de salud como derecho humano y social fundamental, a ser garantizado por el Estado, que es uno de los ejes del pensamiento de la Medicina Social y la Salud Colectiva. (Feo Istúriz, Feo Acevedo, y Jiménez 2012,

En este contexto la contraposición a este paradigma biologicista, medicalizado, unicausal, alejado de la realidad social, y ahora mercantilizado, se ha desarrollado un pensamiento contrahegemónico que se ha denominado históricamente Medicina Social. Ya en 1790 Johan Peter Frank con su célebre discurso a los estudiantes de medicina de la Universidad de Pavia, titulado La Miseria del pueblo, causa de las enfermedades, planteó la causalidad social de la enfermedad (Medina-De la Garza y Koschwitz 2011).

Posteriormente notables científicos europeos en pleno siglo XVIII exhortaron que la causa fundamental de la enfermedad y la mala salud, está en la sociedad y en las condiciones de vida. Virchow, científico y luchador social alemán, es el primero en utilizar el término medicina social. En América Latina, Salvador Allende es uno de los precursores de ese pensamiento cuando en 1939 escribe la Realidad Médico Social Chilena, obra pionera de la Medicina Social Latinoamericana.(Allende 2006)

En Brasil se desarrolla la Reforma Sanitaria Brasileña, que introduce en la Constitución el concepto de Salud como Derecho e impulsa la creación del Sistema Único de Salud (SUS). Bajo esas influencias, en 1984, en el III Congreso Latinoamericano de Medicina Social, donde se crea la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), expresión político organizativa de esta corriente de pensamiento contrahegemónico.(Tovar 2007)

Granda (2004) los pilares fundamentales del pensamiento de la Medicina Social y la Salud Colectiva se resumen en dos puntos: Primero la concepción de la salud como derecho humano y social fundamental, que debe ser garantizado por el Estado en forma universal, asumiendo a la salud como bien público que no puede ni debe ser sometido a

la lógica del mercado. Y segundo la comprensión de la Determinación Social de la Salud y la Enfermedad, rescatando la idea de que las causas de la mala salud están en la sociedad, en las condiciones de vida, y el trabajo,

La Medicina Social, se enmarca desde una perspectiva progresista, que en la mayoría de los casos asume al socialismo como la utopía a construir. Particularmente la Determinación Social es una categoría de las Ciencias Económicas y Sociales, de lo cual Marx describía la determinación social del modo de producción y la estructura social, por las formas en que se organizan las fuerzas productivas, por su propiedad y control, lo que determina relaciones sociales de producción, que en el caso del capitalismo son de explotación del trabajo humano.(Dussel 2010)

Para Feo Istúriz, Feo Acevedo, y Jiménez (2012, 607) la Determinación Social de la Salud (DSS) y la enfermedad es una construcción social, derivada de las formas en que se organiza una sociedad para producir y distribuir su riqueza social. En otras palabras, la salud de la población está determinada, en última instancia, por el modelo de desarrollo y consumo de una sociedad. Buena parte de la producción de la Medicina Social-Salud Colectiva, está relacionada con la DSS.

En la década de los setenta, autores como Breilh y Laurell señalaron esta determinación. Particularmente Breilh (2004,7) concibe la DSS como: una propuesta contra hegemónica orientada a comprender la salud como un complejo multidimensional, considerando los procesos dialécticos de reproducción social que se relacionan en tres dominios: general referido a la lógica de acumulación de capital, con sus condiciones político-culturales; el dominio particular de los modos de vida de los colectivos, con sus patrones de exposición y vulnerabilidad, el singular de los estilos de vida que operan en el nivel individual, y sobre sus condiciones fenotípicas y genotípicas.

Breilh (2007, 156-7) en su obra *Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad* reflexiona sobre los dominios de la determinación social, los cuales aluden a los niveles jerárquicos (general, particular y singular) en los que operan los procesos sociales en relación con los biológicos. Además, refiere que en el nivel general o estructural se identifican a los procesos económicos como determinaciones estructurales al definir la forma cómo se distribuye el poder político y social.

Bajo esta premisa se introduce la dialéctica como un elemento esencial para comprender la dinámica alrededor de la DSS, proponiendo la explicación del proceso salud enfermedad desde el realismo dialéctico como la concepción de la realidad como

un proceso que se desarrolla alrededor de un eje dinámico denominado la reproducción social. En el marco de la dialéctica, es posible aprehender y analizar las relaciones y contradicciones de sus componentes para así encontrar las determinaciones de las condiciones de vida o modos de vida que subyacen al proceso salud-enfermedad (Breilh 2015, 967).

Este autor atribuye que la construcción de la necesidad como todo proceso humano se genera desde el orden individual o micro génesis y se reproduce desde el orden social o macro de la reproducción social en espacios sociales concretos, enmarcados en el entorno económico, cultural y político (968).

Aportando a la comprensión de la DSS, Breilh (2013,19) en su obra Determinación Social de la Salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública examina el perfil de Determinación Social de la salud-enfermedad, llegando a develar que ésta constituye un sistema multidimensional de contradicciones que según sus palabras “en el proceso se dan formas de subsunción en las cuales los procesos de la dimensión más simple se desarrollan bajo subsunción respecto a las más complejas y entonces aparece que la relación social-biológico ocurre como un movimiento entre partes de un todo concatenado multidimensional” (20). Dando a proponer que la subsunción es una forma de interpretar la Determinación Social de la salud-enfermedad, donde los niveles más complejos sobre determinan los de menor complejidad, indicando que el nivel social determina o subsume, el nivel biológico y psicológico (22).

De todo lo expuesto se evidencia la importancia de inducir una visión contra hegemónica que resalte la potencialidad de la Determinación Social de la Salud para para enfrentar las grandes inequidades mundiales, que plantee abiertamente la necesidad de un nuevo modelo de desarrollo y consumo que, en contraposición al capitalismo imperante, promotor de acumulación y consumo de bienes, aporte a la satisfacción integral de las necesidades colectivas.

2. Diseño metodológico del estudio en el programa de internado rotativo de la ESPOCH

2.1 Preguntas de investigación

- ¿Cómo se expresa el Modelo Médico Hegemónico, en el Programa de Internado Rotativo de la ESPOCH?
- ¿Cómo interviene el Modelo Médico Hegemónico, en la salud psicosocial del estudiante de Programa del Internado Rotativo; relaciones, contradicciones y los procesos protectores/destructivos?
- ¿De qué forma se expresa la subsunción de la salud psicosocial de los estudiantes a los dominios general, particular, individual?

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general de la investigación

Describir el comportamiento del modelo médico hegemónico en el programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, a partir del análisis crítico desde la Determinación Social.

2.2.2 Objetivos específicos

- Describir las características generales de los estudiantes de la carrera de medicina de la ESPOCH que se encuentran inmersos en el programa de internado rotativo, basado en las dimensiones de la determinación social de la salud.
- Identificar la implementación del modelo médico hegemónico, en la praxis del internado rotativo de la carrera de medicina de la ESPOCH.
- Estudiar los procesos protectores y destructivos de la salud psicosocial de los estudiantes del programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.
- Determinar el nivel de afectación de la salud psicosocial de los estudiantes del programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

2.3 Diseño de estudio

La presente investigación aplicó un estudio epidemiológico con diseño transversal que trianguló técnicas cualitativas (entrevistas, observaciones, revisión bibliográfica y

documental) con técnicas cuantitativas (encuesta). El estudio se realizó bajo el enfoque de la epidemiología crítica y la determinación social de la salud. Un instrumento importante para el diseño y la triangulación de técnicas fue la matriz de procesos críticos.

El desarrollo de la matriz de procesos críticos se basó en la fase de comprensión del objeto de estudio y la fase del descubrimiento de los procesos en cada dominio, general, particular e individual, escenarios que fueron construidos en base a los postulados de Breilh (2004) sobre la determinación social de la salud, operativamente resultaron del aporte del diseño metodológico aplicado en esta investigación y que su operacionalización se muestra en el anexo 1.

2.4. Definición y caracterización de la población de estudio

El contexto en el que se sitúa el estudio es la Carrera de Medicina de la Facultad de Salud Pública de la Escuela Politécnica del Chimborazo (ESPOCH), situada en la ciudad de Riobamba, sierra centro del país. La carrera se divide en 6 años académicos, con dos semestres cada año, lo que representa un total de 12 semestres académicos. De manera concreta se enfoca en el Programa de Internado Rotativo, en los dos últimos semestres de la carrera, existen dos componentes que se detallan a continuación

Primer Componente: La Encuesta epidemiológica en la cual se definió y caracterizó la población de estudiantes del PIR. La población objetivo cumplió los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Estudiantes matriculados en el PIR, pertenecientes a la carrera de medicina de la ESPOCH.
- Estudiantes que expresaron su consentimiento informado para participar en la investigación

Criterios de exclusión

- Estudiantes que no expresaron su consentimiento informado para participar en la investigación.
- Estudiantes que se encontraron con licencia de maternidad/lactancia.

En total 117 estudiantes del PIR cumplieron con la definición y caracterización de la población. Cabe indicar que en la investigación no se aplicó fórmula ni diseño de

muestreo, porque se efectuó en la totalidad de estudiantes. Segundo componente: La entrevista a 20 docentes que forman parte del PIR, quienes realizan la supervisión de las prácticas de los estudiantes a través de evaluaciones que identifican y orientan posible solución a los problemas detectados en la prestación de los servicios de salud en coordinación con la ESPOCH, estudiantes y coordinadores de docencia hospitalaria donde se realiza el internado rotativo.

2.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

Para el dominio general se utilizó la revisión bibliográfica, el análisis documental como técnicas para caracterizar el contexto educativo de implementación del PIR en la ESPOCH, entorno de salud, entorno social y cultural. También se utilizó la entrevista a docentes del PIR, para determinar la implementación del MMH.

En el dominio particular e individual se aplicó la encuesta epidemiológica. Con esta encuesta se identificó la inserción social y los modos de vida, con el uso del formato INSOC (Breilh 1989), con autorización del autor.

Además, se utilizó la encuesta para determinar estilos de vida desde los procesos individuales y la situación de salud de los estudiantes del PIR. Se aplicó el cuestionario EPISTRES desarrollado por Breilh (1993); para estudiar el estrés desde la epidemiología crítica. Complementariamente también se utilizó la encuesta para describir la implementación del MMH, desde el nivel de satisfacción de los estudiantes del internado rotativo.

El contenido de los instrumentos utilizados se detalla a continuación:

- Encuesta con enfoque en la Determinación social de la salud. (Anexo 2). Que comprende las siguientes partes: 1. Identificación de los estudiantes 2. Inserción social a través del modelo INSOC desarrollado por Breilh. (Breilh 1989), EPISTRES (Breilh (1993); y módulo de Modos de vida; situación de salud de los estudiantes; opinión sobre el proceso educativo. Se trató de un cuestionario semiestructurado con preguntas cerradas o semi-abiertas.
- Guía de entrevista para docentes del Programa de Internado Rotativo (PIR). (Anexo 3). Que contempló preguntas relativas al abordaje de los elementos sociales del proceso salud-enfermedad, la distribución simétrica y proporcional de las horas de PIR. Tiempo de rotación adecuado en unidades del primer nivel

de atención para comprender los elementos sociales del proceso salud-enfermedad.

2.6. Proceso o estrategias de recolección de información

Para lograr el acceso a la población de estudio, fue necesario mantener reuniones previas, con autoridades de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. En particular con el responsable del PIR, para determinar los espacios más adecuados para realizar las entrevistas y las encuestas. Como estrategia de aplicación de encuesta el estudio aplico el cuestionario a través del modo Cara a Cara con la finalidad de obtener una elevada tasa de respuestas, ya que en este modo de aplicación se procuró asistir y aclarar las dudas que existan por parte del encuestado en la aplicación de la encuesta sobre la Determinación Social de la Salud.

Las entrevistas posteriormente se realizaron mediante un proceso de diálogo individual abierto y accesible, procurando un ambiente propicio para el intercambio de información con los docentes. Se procuró que los docentes participantes tuvieran la libertad de exponer y desarrollar abiertamente la temática. Las entrevistas fueron grabadas con previo consentimiento de los participantes, fueron posteriormente transcritas a texto, para su análisis. El análisis de las entrevistas consistió en la clasificación y ordenamiento de los comentarios emitidos por los docentes para lograr determinar procesos protectores o destructivos del PIR bajo el MMH.

2.7 Modelo analítico operacional del estudio

El modelo analítico y la operacionalización de la información de la encuesta centrada en los dominios general, particular e individual, como se aprecia en la Tabla 1.

Tabla 1

Matriz de operacionalización

Componente	Indicador	Categoría	Operacionalización
-------------------	------------------	------------------	---------------------------

Realidad general: Perfil del estudiante perteneciente al PIR	Edad	Edad del estudiante	Análisis descriptivo. Reagrupación de edad entre 23 a 25 años, 26 a 30 años y 31 a 35 años. Pirámide de edad Análisis descriptivo
	Género	Mujer/Hombre	
	Provincia de procedencia	Chimborazo /Tungurahua Pichincha/Cotopaxi Bolívar /Santa Elena Guayas Blanca/Mestiza	
	Autoidentificación Étnica	Indígena/Afroecuatoriano Montubio	
	Estado Civil	Casado/a/Soltero/a Divorciado/a/Pareja no estable	

Componente	Indicador	Categoría	Operacionalización
Realidad particular: Organización social/comunitaria	Participación en organizaciones sociales	¿Pertenece a un Comité barrial? ¿Pertenece a una Asociación de trabajadores? ¿Pertenece a Cooperativas? ¿Pertenece a Sindicatos? ¿Pertenece a una Asociación de empleados?	Recodificación y agrupación en variables: "Organización laboral", "Otras formas de organización", "Ninguna"

		¿Pertenece a Grupos religiosos?	
		¿Pertenece a Grupos Culturales?	

Componente	Indicador	Categoría	Operacionalización
Realidad individual: Estilo de vida	Deportes que practica	Fútbol/Basquetbol/Voleybol	Análisis descriptivo
		Natación/Ciclismo	
		Tenis/Atletismo	
	Frecuencia de práctica de la actividad física	Gimnasio	Análisis descriptivo
		Hasta dos veces por semana	
		De 3 a 5 veces por semana	
	Consumo de alcohol	Diario/Cada 15 días	Análisis descriptivo
		Una vez al mes/Ocasional	
		Consumen/No consumen	
	Hábito de fumar	No fuman/Fuman	Análisis descriptivo.
Ex fumador			
Nivel de estrés	Leve /Moderado/Severo	Gráfico de barras entre nivel de estrés y género	
Nivel de satisfacción	Bajo/Medio/Alto		

Fuente y elaboración propia

Continuación Tabla 1

Componente	Indicador	Categoría	Operacionalización
------------	-----------	-----------	--------------------

Realidad individual	Inequidades	INSOC vs Nivel de estrés INSOC vs Nivel de satisfacción Género vs Nivel de estrés Género vs Nivel de satisfacción Etnia vs Nivel de estrés Etnia vs Nivel de satisfacción	Tablas de contingencia
---------------------	-------------	--	------------------------

Fuente y elaboración propia

Para la categorización de inserción social la encuesta incluyó las preguntas del INSOC, instrumento desarrollado por Breilh y aplicado con permiso del autor. Se siguió el proceso y el algoritmo del *IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV Para saber cómo estamos y saber qué hacemos Metodología y Determinación Social de la Salud Bucal* (Ministerio de Salud y Protección Social 2014) para obtener las categorías de clase social que se muestran en la tabla 2.

Tabla 2.

Inserción social (Algoritmo para cada fracción social)

Clase social	Ocupación	Función	Medios de producción	Fuente
0. Capa media pudiente	haber respondido si (1) en cualquiera de estas opciones: 1. profesional o técnico que ejerce independientemente 2. empleado de empresa particular titulado	haber respondido si en cualquiera de estas opciones: 2. hace y dirige el trabajo 3. dirige y organiza el trabajo de otros	que la pregunta sub codificada presente 0 no tener nada, 1. ser propietario de algo	haber respondido si en cualquiera de estas opciones: 5. sueldo como empleado de empresa del sector público

	(profesional o técnico) 3. empleado público titulado (profesional o técnico)			6. sueldo como empleado de empresa del sector privado
1. Capa media pobre	haber respondido si en cualquiera de estas opciones: 4. empleado de empresa particular no titulado 5. empleado público no titulado	haber respondido si en cualquiera de estas opciones: 1. hace el trabajo 2. hace y dirige el trabajo	haber respondido si en cualquiera de estas opciones: 1. herramientas 5. terrenos 0. no tener nada o que la pregunta sub codificada presente	haber respondido si en cualquiera de estas opciones: 5. sueldo como empleado de empresa del sector público 6. sueldo como empleado de empresa del sector privado
2. Pequeño productor artesano	haber respondido si en: 6. artesano	haber respondido si en cualquiera de estas opciones: 2. hace y dirige el trabajo 3. dirige y organiza el trabajo de otros	haber respondido si en cualquiera o todas estas opciones: 1. herramientas 3 máquinas o equipos para el trabajo 5. terrenos	haber respondido si en: 12 ganancia del negocio propio(artesano emprendedor)

3 Pequeño productor Comerciante	Haber respondido SI en: 7. Comerciante propietario de pequeño negocio	Haber respondido SI en cualquiera de estas opciones: 2. Hace y dirige el trabajo. 3. Dirige y organiza el trabajo de otros	Haber respondido SI en cualquiera de estas opciones: 2 Locales. 3. Máquinas o equipos para el trabajo.	Haber respondido SI en: 12 Ganancia del negocio propio(artesano emprendedor)
4. Pequeño trabajador agrícola	Haber respondido SI en: 16 .Pequeño trabajador agrícola	Haber respondido SI en cualquiera de estas opciones: 2. Hace y dirige el trabajo 3. Dirige y organiza el trabajo de otros	Haber respondido SI en cualquiera de estas opciones: 1. Herramientas 3 Máquinas o equipos para el trabajo 5. Terrenos	Haber respondido SI en: 9. Sueldo como trabajador del campo
5. Empresario	Haber respondido SI en: 8. Propietario de empresa industrial, comercial o de servicios	Haber respondido SI en cualquiera de estas opciones: 2. Hace y dirige el trabajo 3. Dirige y organiza el trabajo de otros	Que la pregunta sub codificada presente 2. Ser propietario de algo	Haber respondido SI en cualquiera de estas opciones: 1 Alquiler de propiedad 2 Ganancia del negocio propio(artesano emprendedor)

6. Obreros	Haber respondido SI en: 9. Obrero o trabajador manual de empresa no propia	Haber respondido SI en cualquiera de estas opciones: 1. Hace el trabajo 2. Hace y dirige el trabajo 1. Hace el trabajo. 2. Hace y dirige el trabajo	Haber respondido SI en: 1. Herramientas. O que la pregunta sub codificada presente 0. No tener nada	Haber respondido SI en Sueldo Cómo obrero o trabajador no jornalero
------------	---	--	---	--

Fuente: Colombia. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2014), en base a Breilh.

Para evaluar el nivel de estrés de los estudiantes del PIR bajo el MMH, el puntaje total del EPISTRES (sobre las 30 preguntas) fue categorizado como leve (0-4 puntos) /moderado (5-16 puntos) y severo (más de 16) El estrés leve no reviste mayor peligro para la salud del estudiante; si el estrés es moderado, ya constituye un peligro que debe controlarse; y, si el estrés es severo el peligro para la salud del estudiante es mayor. La categorización e interpretación se realizó conforme lo propone el autor del test Breilh (1993).

Por otro lado, para determinar el nivel de satisfacción de los estudiantes acerca del PIR se analizaron preguntas acerca de la temática y fundamentándose en los lineamientos de la ESPOCH para este tema. En el análisis se trianguló con los resultados de la entrevista semiestructurada aplicada a los docentes.

2.8 Plan de análisis estadístico

El Plan de análisis estadístico de la encuesta buscó primeramente caracterizar la inserción social, matriz de poder, modos de vida y estilos de vida. En segundo lugar, se realizó el análisis de la relación entre el nivel de satisfacción de los estudiantes del internado rotativo, con los procesos del orden general (perfil del estudiante); particular (modos de vida, las exposiciones), y del orden individual (estilos de vida y otros indicadores de los estudiantes). Se realizó el mismo procedimiento para la afectación de

la salud del estudiante expresado en el Epistres. Para esto se aplicó pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones a través del estadístico chi cuadrado.

Particularmente para identificar la triple inequidad se relacionaron las desigualdades por clase, género y etnia. Para determinar los modos de vida de los estudiantes se utilizó la información de la Encuesta bajo el enfoque de la Determinación social para construir los modos de vida, con estos datos se procedió a identificar las diferentes variables que podrían estar relacionadas con diferentes modos de vida de los estudiantes. El análisis permitió identificar cinco modos de vida que se analizan en los resultados.

2.8 Limitaciones de la investigación

De un lado se considera que los hallazgos son válidos para el contexto específico del programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo y no se puede generalizar fuera de ese ámbito. De otro lado, se debió considerar las disposiciones y lineamientos de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Carrera de Medicina Dirección de carrera, para la intervención en los estudiantes del PIR.

2.9 Consideraciones éticas de la investigación

Los participantes de la investigación (Internos Rotativos de Medicina) aceptaron participar en el estudio, mediante la firma de un consentimiento informado (Ver Anexo 4).

Este documento; fue con garantía de confidencialidad de la información, acordando con los participantes y el investigador, que ésta información no será divulgada ni fiada a compañeros de estudio; y se utilizará únicamente para fines de la presente investigación, además resaltó que la participación fue voluntaria, así como la elaboración, y criterios emitidos en la misma, que cumplieran con los lineamientos establecidos en la normativa y los reglamentos de la UASB para la titulación.

La investigación se ejecutó, bajo una serie de pautas que delimitaron los principios básicos; que debía enfocarse el investigador para cumplir con los conceptos morales, ético, y legales en la toma de información, salvaguardando los derechos y bienestar del estudiante del programa del internado rotativo, personal docente, personal administrativo, directivos hospitalarios. Teniendo como propósito contribuir a mejorar el entendimiento del proceso salud enfermedad o determinar la eficacia de su preparación académica

enmarcados, en los principios y guías éticos del Informe de Belmont (Consentimiento informado; valoración riesgo-beneficio; y selección de los sujetos de investigación). El levantamiento de información se aplicó con los resguardos éticos correspondientes y adecuados para las entrevistas.

El compromiso fehaciente, con la Dirección de Carrera de Medicina, de la ESPOCH, la contribución se basa en una reflexión teórica de discusión e interpretación sobre la educación médica en la ESPOCH; como un hecho democrático en narrativa e investigación, que viene desde perspectivas teóricas ambiguas, para la construcción de sílabos académicos reales a partir de la experiencia del protagonista; en la cual estaba trabajando con los contextos socio-educativos-hospitalarios; dialéctica que presiden para mejorar la malla curricular, recibirán el documento final igual a un original.

Capítulo segundo

Análisis del modelo médico hegemónico en el Programa de Internado Rotativo de la ESPOCH

1. El Sistema de Salud y la Formación Médica

El Sistema de Salud del Ecuador es un sistema mixto, compuesto por los sectores público y privado. El sector público comprende el Ministerio de la Salud Pública (MSP) con sus entidades prestadoras y los actores del Sistema Nacional de Seguridad Social orientado al sector formal del mercado de trabajo, integrado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que incluye el Seguro Social Campesino; el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, dependiente del Ministerio de Defensa Nacional y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, dependiente del Ministerio del Interior (Lucio, Villacrés, y Henríquez 2011). El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social, existiendo cerca de 10 000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención. (Ribadeneira, Fuentes, y Abi-hanna 2015)

Según el Ministerio de Salud Pública (2012) en el *Manual del modelo de atención integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Sistema Nacional de Salud (SNS)* la prestación de servicios se realiza a través de 3 niveles de complejidad: es el nivel primario más cercano a las poblaciones ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia; además, se constituye en la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud. El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieren hospitalización; además de nuevas modalidades de atención tales como cirugía ambulatoria y hospital del día. El tercer nivel de atención presta servicios ambulatorios, hospitalarios de especialidad y especializados en hospital especializado y de especialidades. En este contexto las unidades donde se implementa el PIR corresponden a hospitales de tercer nivel.

Sociablemente el Sistema de Salud ecuatoriano es segmentado y fragmentado, sin integración efectiva entre subsistemas. Aún registra gastos privados elevados (gastos de

bolsillo). De manera general, los sectores pobres y de medianos ingresos acuden al sistema público, mientras que la población de mayor ingreso se atiende en el sector privado.(Instituto Suramericano de Gobierno en Salud 2012)

El Ministerio de Salud no cuenta con instituciones propias para la formación de trabajadores del sistema de salud, pero sí facilita la red de servicios de salud de la institución para la formación de pregrado y postgrado en coordinación con las universidades del país, en cumplimiento del convenio suscrito entre el Ministerio de Salud, Asociación de facultades ecuatorianas de Ciencias Médicas (AFEME) y La Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ASEDEFE).(Souto 2013) La Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, ejerce la rectoría de la política pública en el campo de la educación superior, la ciencia, la tecnología, la innovación y los saberes ancestrales. La formación de los Internos Rotativos de la Carrera de Medicina de la ESPOCH se realiza bajo el Convenio indicado. (Paguay 2017)

El MSP, en coordinación con las Instituciones de Educación Superior (IES), establece la asignación de cupos para que los estudiantes del último año de las carreras de Medicina, Enfermería, Obstetricia y Nutrición, cursen su año de internado rotativo. La carrera de medicina de la ESPOCH, pone a disposición de las unidades asistenciales de salud de las zonas 2 y 3 alrededor de 100 postulantes anuales para la realización de año de internado. (Paguay 2017, 5)

El PIR se desarrolla bajo la modalidad de pasantías obligatorias en Unidades Asistenciales – Docentes del Ministerio de Salud Pública (MSP), en las cuales se relaciona la modalidad docente con la asistencial. Estas pasantías constituyen el primer acercamiento del estudiante a lo que será posteriormente su entorno de trabajo y un escalón para consolidar sus conocimientos, destrezas y habilidades con pacientes reales en tiempo real. (Paguay 2017, 7)

Durante el tiempo que el estudiante forma parte del PIR realiza prácticas supervisadas, con duración de 10 y 11 semanas en distintos servicios básicos de salud. Estos servicios son Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología/Obstetricia y Medicina Comunitaria. Durante este periodo de prácticas supervisadas se realizan evaluaciones periódicas con aplicación de distintos instrumentos evaluativos sobre nivel de conocimientos y problemas detectados en la prestación de los servicios de salud. (Paguay 2017, 8)

2. El modelo médico hegemónico presente en la formación médica y el PIR de la ESPOCH

En el presente capítulo se expone el resultado del análisis de la formación médica en el PIR de la ESPOCH, siguiendo las características señaladas por Menéndez (1998) al *Modelo Médico Hegemónico* y el enfoque de determinación social de la salud. Recordemos que, según los principales rasgos estructurales del MMH son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico. A continuación, se analiza los rasgos característicos del MMH en el PIR de la ESPOCH

2.1 El biologismo en la formación médica de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo

Al respecto de esta temática se puede indicar que dentro del Plan de estudios de la carrera de medicina ESPOCH (ver anexo 5) las asignaturas que revisten un carácter social, se encuentran concentradas mayoritariamente en la primera mitad de la carrera. Si bien es cierto que la cantidad horaria destinada a las asignaturas con contenido social, se encuentran parcialmente equilibradas con respecto a las demás, estas en varios casos tienen régimen de optativas, condición bajo la cual, gran cantidad de estudiantes podrán continuar con su formación médica universitaria, obviando considerables elementos que les podrían ser dado desde el marco de esas asignaturas.

En los primeros dos años de la carrera, el estudiante cursa asignaturas que lo van a proveer de algunos importantes elementos más allá de las materias técnicas y biológicas, en el tercer año de la carrera es cuando se empieza a notar ya la disminución, es, a partir de allí donde aparece el comienzo del alejamiento del estudiante, de aquellas asignaturas que harán de sostén a los contenidos fácticos y de aquí en más tan solo prevalecerán los aspectos físicos químicos y matemáticos. Ya llegando el estudiante a cuarto año, se encuentra con la asignatura de Realidad nacional, la única que revestirá algún contenido social, todas las demás los irán conduciendo y llevando hacia otros caminos lejanos a la perspectiva social, y acotando la mirada del futuro médico, hacia aspectos cada vez más parciales. Si bien resulta hasta lógico la provisión de contenidos cada vez más específicos, resulta llamativa la tendencia decreciente en brindar, al estudiante elementos que le

permitan contextualizar los saberes específicos que está aprendiendo. Lo relatado se sustenta en las entrevistas realizadas a docentes quienes manifestaron lo siguiente:

“Desde la concepción de las rotaciones realizadas durante el año que dura el PIR, solo una de ellas se relaciona con la atención social de las enfermedades, es decir del total de 52 semanas que dura el internado rotativo, solamente 11 son destinadas a la atención del primer nivel de salud, que es donde se realiza, principalmente, el abordaje social de las enfermedades”. (Docente 1 2018, entrevista personal)

Durante el tiempo de estancia de los estudiantes en las unidades asistenciales de salud, el modelo docente que se utiliza incluye la utilización del método clínico haciendo énfasis en los elementos que se relacionan con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; sin incluir los aspectos epidemiológicos donde destacan los relacionados con el medio social. (Docente 2 2018, entrevista personal)

Cuando se analiza la composición del quinto ciclo de la carrera, se observa nuevamente que tan solo existe una sola asignatura (Salud Pública), que vuelve a ser la única que remite a una composición más allá de lo circunscripto por lo biológico. Es decir que a medida que el estudiante se va acercando al final de su carrera, la universidad lo va desprotegiendo de una formación más completa, conjunta e interdisciplinaria. La preeminencia biologista y reduccionista alcanza así su mayor expresión, cuando este debiera ser el momento de mayor contextualización social, ya que el futuro profesional no solo debe desarrollar su labor en un lugar, que no será un sitio abstracto, ni atemporal, sino que también, además, deberá enfrentarse al mercado de trabajo. Sustento que se relaciona con la manifestación de las siguientes entrevistas:

“La intervención social solo se abarca en la asignatura de medicina Comunitaria, el resto de las asignaturas impartidas en el PIR tienen una base y un carácter biologista”. (Docente 3 2018, entrevista personal)

En las actividades docentes realizadas, pases de visitas, discusiones de casos y otras, no se enfoca el caso desde el punto de vista social del entorno que rodea al paciente, ni se realiza el análisis de las condicionantes sociales que pueden condicionar la ruptura del equilibrio biopsicosocial del paciente. (Docente 4 2018 entrevista personal)

“En los sílabos de las asignaturas no se recoge de manera clara y concisa el abordaje de las determinantes sociales de la salud y su influencia en el proceso salud enfermedad”. (Docente 5 2018, entrevista personal)

“Los sílabos de las asignaturas que se imparten en el PIR no recogen las acciones de salud, en relaciones a los factores sociales, que se deben de realizar en las distintas afecciones”. (Docente 6 2018, entrevista personal)

Es así como en las circunstancias cruciales de la carrera son pocas las acciones tendientes a generar un médico equipado con una formación completa, que no lo condenen a reducir su tarea a un detector de enfermedades, o a ser alguien fácil de dejarse seducir por los síntomas; y que en cambio sea un actor en la producción de medidas tendientes a prevenir, a encontrar y combatir los problemas en donde realmente se radican.

Finalmente, en el nivel 11 – 12 internado rotativo medicina (IRM) último año de la carrera, se realiza la práctica, la residencia; es donde los estudiantes son impulsados a la atención directa, donde el enfrentamiento a la enfermedad ya declarada, serán quizás las experiencias más arraigadas en él estudiante. Cuestiones centrales como la promoción de la salud y todas aquellas medidas tendientes a prevenir las enfermedades, quedaran rezagadas.

Bajo este entorno la formación de profesionales dentro del modelo médico hegemónico presente en la formación médica de la ESPOCH induce a formar médicos alejado de la comunidad, con tendencia a dedicarse a la atención de aquellos casos que vienen a él. Justamente en el MMH se refleja en la formación realizando los aspectos referentes a la atención/curación, es decir abordando el problema, en este caso, la enfermedad, cuando la misma se encuentra declarada.

Si bien en los primeros años de formación cuentan con ciertas asignaturas en las cuales se trabajan problemáticas sociales, éstas se dan de manera aislada y desintegrada de los contenidos biológicos y clínicos, que en otras asignaturas se brindan. Se evidencia una enseñanza a base de una historia lineal de conocimientos médicos, acumulativa, con una visión evolucionista, triunfalista, hacia el progreso continuo.

Se nota desde el punto de vista social, la ausencia de una base epidemiológica real en los planes de estudios, lo cual se advierte en los contenidos de los programas que tienen una fuerte influencia de los avances científicos tecnológicos más que de las necesidades

sociales (ver anexo 5). Desvinculación de las asignaturas que brindan un contenido social, con las clínicas epidemiológicas, lo cual desfavorece al proceso de integración interdisciplinaria en el enfoque de estudio-aprendizaje de los estudiantes. Así como también la ausencia de líneas formales de investigación en las que participen los estudiantes propiciando la interdisciplinariedad. Por otro lado, también se evidencia, la utilización de hospitales, centros de salud y espacios comunitarios como *campos de práctica* con objetivos netamente académicos, pero sin involucrar al personal del servicio en la docencia, ni a los individuos y grupos de la comunidad como sujetos activos en este proceso de enseñanza. A esto existe el respaldo de las manifestaciones de los docentes que expresan lo siguiente

En la carrera se privilegia la práctica de los estudiantes en el hospital, más que en los espacios comunitarios, donde aprender a curar las enfermedades es lo más importante. (Docente 7 2018, entrevista personal)

22 El individualismo en la formación médica de la ESPOCH

A pesar de que la universidad por mandato constitucional debería planificar según los objetivos del Plan Nacional para el Buen Vivir, con fin social y responsabilidad, su misión versa sobre fundamentos individualistas que otorgan un perfil de egresado encaminado a éste rasgo del MMH.

Soy profesional con altos valores de ética profesionalita,[...]desde mi inmediato superior, brindar información y gestionar procesos competentes a mis funciones, con calidad y tecnología científica a través de actualizaciones continuas, [...] adaptarse a las nuevos apremios emitidos por el inmediato superior, para poder contribuir al mejoramiento de las condiciones de la Coordinación del Internado y externado.(Paguay Moreno 2017, 4)

En el contexto de la expresión indicada anteriormente la cual señala la misión del PIR que recae en el perfil del estudiante partícipe del PIR se evidencia que no se está considerando a la política pública, ni los objetivos sanitarios, como un eje movilizador de su formación, lo cual genera una gran duda respecto a la articulación de la educación médica con las necesidades de salud del país, la mínima incorporación de términos como la Determinación Social de la Salud y del pensamiento crítico está evidenciando que el resto de los elementos presentes del Enfoque Social se estén implementando sin un marco

teórico referencial que los articule, tal como se ha evidenciado en investigaciones como las de Breilh (2010) de los fundamentos de la Determinación Social de la Salud.

Esto seguramente se atribuye a que en el Ecuador las políticas de salud han considerado tangencial, implícita o escasamente la acción sobre los procesos sociales e históricos de la salud, solamente se ha manifestado en la primacía del enfoque de los determinantes sociales de la salud por parte del Ministerio de Salud Pública y otras instituciones del sector que ha transformado en predominante el enfoque de “factores de riesgo” o “estilos de vida”, que reduce a cuestiones biológicas o supuestas opciones individuales, que atribuye al individuo la responsabilidad sobre su salud. Este enfoque claramente contraviene el mandato constitucional del acceso universal y gratuito a la salud a los servicios estatales de salud y la responsabilidad del Estado:

[...] los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento medicamentos y rehabilitación necesarios”. (Art. 362). [...] el Estado será responsable [...] Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura. (art. 363) “El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, [...] El seguro universal obligatorio se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral [...] (art. 369). (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Sumando estos componentes la expresión del individualismo se ha incrustado en la formación médica afectando a todos sus participantes (estudiantes, docentes, sociedad) que los ha llevado hacia un sistema que asigna al individuo la responsabilidad de su propia salud, y no a la sociedad ni al Estado. El paciente es el responsable de su enfermedad, así como el profesional médico es responsable de los casos que llegan a él.

23 Ahistoricidad de la enfermedad y de la práctica de salud en la formación médica de la ESPOCH

Según Breilh (2010, 95) la construcción de la necesidad como todo proceso humano se genera desde el orden individual o micro (génesis) y se reproduce desde el orden social o macro (reproducción social). En el orden individual priman los procesos fenotípicos básicos es decir, las necesidades fisiológicas y psicológicas; en otras palabras,

son las personas y las familias en su cotidianidad las que determinan los movimientos detallados del consumo, con sus preferencias y de acuerdo a sus obstáculos (estilos posibles y deseables de vida) pero dichos estilos (preferencias y obstáculos) no operan en un vacío social, sino que se desarrollan en espacios sociales concretos, enmarcados en los condicionamientos económicos, culturales y políticos (modos de vida típicos) que en cada clase social y de acuerdo a las relaciones étnicas y de género que las caracterizan.

Para este autor, las condiciones de salud de las personas y de los grupos sociales son el resultado de ese proceso complejo dinámico que se produce socialmente en todos los ámbitos donde la vida social, se desarrolla, estructurando y reestructurando los aspectos biológicos y las construcciones de los grupos y de los individuos. Esta explicación no recurre al concepto de “riesgo” o “factores de riesgo” como mediación entre lo social y lo biológico, ya que se basa en la concepción de que lo más complejo desarrolla un nuevo orden y una nueva lógica a los niveles menos complejos de organización. De allí surge una concepción de determinación estructurada que tiene una jerarquía mayor que lo biológico y psíquico.

Así en el marco de la Determinación Social de la Salud y la propuesta de Breilh, surgen otros conceptos que este autor ecuatoriano refiere como las dimensiones de la salud: la salud directamente evidente, la salud actual y la salud real, o realidad completa de la salud. Jaime Breilh refiere que, al analizar un evento de salud, los aspectos directamente detectables o constatables son los que pueden observarse en las personas y son propios del nivel individual. (Breilh, 2010)

Por otra parte, también este autor determina que la enfermedad actual, está constituida por procesos determinantes que se dan en los modos de vida y en los estilos de vida cotidianos de las familias y en los individuos, característicos del nivel particular y que subsume al individual, llegan a definir que los procesos (salud-enfermedad) generales subsumen tanto a los procesos particulares como a los individuales.

Específicamente este contexto no es visible en la formación médica de la ESPOCH tal como se evidencia en la intervención de los docentes quienes manifestaron lo siguiente:

La intervención social en la formación médica es integrada en asignaturas como: Realidad nacional e internacional, Salud Pública (Docente 8 2018, entrevista personal)

En los sílabos de las asignaturas no se recoge de manera clara y concisa el abordaje de las determinantes sociales de la salud y su influencia en el proceso salud enfermedad. (Docente 9 2018, entrevista personal)

24 Patologización de la salud en la formación médica de la ESPOCH

Retomando la noción de "subsunción de lo biológico en lo social", propuesta por la epidemiología crítica y base de la DSS, que explica que se presenten manifestaciones biológicas que tienen, por un lado, sus procesos biológicos, genéticos, propios, sino que además son "encarnaciones" noción de embodiment en Breilh (2010) de los procesos críticos en los dominios generales y particulares identificados en el complejo de la determinación social de la salud. Por tanto, no es solo que el PIR minimiza los "contenidos sociales" y no permite ver esos procesos críticos, sino que tampoco ve que la propia expresión biológica de la enfermedad tiene Determinación Social.

La concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia, se hace evidente en la formación médica de la ESPOCH, solamente se ven enfermedades, procesos mórbidos, no permite identificar procesos protectores ni individuales y menos sociales, no permite verlos como procesos complejos.

Las entrevistas a docentes confirman este rasgo del MMH en las actividades didácticas:

"En las actividades docentes realizadas, pases de visitas, discusiones de casos y otras, no se enfoca el caso desde el punto de vista social del entorno que rodea al paciente, ni se realiza el análisis de las condicionantes sociales que pueden condicionar la ruptura del equilibrio biopsicosocial del paciente." (Docente 10 2018, entrevista personal)

Y en la práctica:

"Durante el tiempo de estancia de los estudiantes en las unidades asistenciales de salud, el modelo docente que se utiliza incluye la utilización del método clínico haciendo énfasis en los elementos que se relacionan con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; sin incluir los aspectos epidemiológicos donde destacan los relacionados con el medio social". (Docente 11 2018, entrevista personal)

25 A-sociabilidad en la formación médica de la ESPOCH

A decir de Menéndez (2005) en casi toda sociedad, la enfermedad y los padecimientos son tratados por toda una variedad de formas de atención, aunque desde la perspectiva biomédica el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado como patrimonio exclusivo del saber médico. Este proceso no ha implicado que la biomedicina realmente atienda las necesidades del proceso (salud /enfermedad) y menos aún que elimine las otras formas de atención, sino que ha reivindicado el saber de las instituciones médicas respecto de los otros saberes que operan simultáneamente respecto de los padecimientos.

Las características sociales tienden a ser opacadas en las reflexiones sobre el desarrollo del saber médico; más aún, las universidades formadoras de profesionales médicos han secundarizado el papel de los sujetos y de las condiciones sociales en el proceso salud/enfermedad y especialmente en la atención biomédica, tratando de mantener un perfil médico autónomo, profesional y científico. Realidad que no es indiferente en la ESPOCH donde los contenidos de las mallas curriculares responden a un perfil epidemiológico de hace más de 10 años en el cual las enfermedades infectocontagiosas e inmunoprevenibles ocupaban los primeros lugares. Los conocimientos impartidos sobre la determinación social de la salud, o aun de los procesos sociales, económicos, culturales o ambientales, son nulos o casi nulos; la formación es eminentemente biológica, sin un reconocimiento veraz a otras formas alternativas de medicina.

A pesar de que la ESPOCH promueve la transición del Modelo bio-clínico Multidisciplinario de la atención de los equipos de salud al Modelo inter y transdisciplinario de los equipos comunitarios, para alcanzar los objetivos propuestos en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) el cual se creó en el año 2007 mediante varios organismos de salud que llegan a consolidarse hasta conformar el actual modelo de Atención con enfoque familiar comunitario e Intercultural, que busca garantizar los derechos de salud y cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir para el beneficio de los ecuatorianos primando la salud integradora del conjunto individuo, familia, comunidad y entorno (Ministerio de Salud Pública 2012, 112). Sin embargo, el modelo MAIS como tal ha originado diversos problemas de operatividad que no han dejado que este sistema avance rápidamente hacia la cobertura universal y cobije de manera efectiva los mandatos constitucionales de los Art. 362 y 363 de la Carta Magna (120).

Bajo este contexto el rediseño curricular de la ESPOCH a la fecha establece la interacción del bioconocimiento, la preservación y enriquecimiento de los saberes ancestrales; la innovación científica y tecnológica, así como la gestión sostenible, integral y participativa, genere la participación social y el empoderamiento de los individuos, grupos, pueblos y nacionalidades (Paguay Moreno 2017) pero todavía no es un hecho concreto dentro de la formación académica y menos aún en el programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. En contraste la asociabilidad del modelo educativo en el PIR se evidencia en la cultura médica de los docentes, quienes en sus entrevistas manifestaron:

"En el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), se enfoca los factores que pueden desencadenar o agravar la enfermedad y que en cierta manera pueden estar relacionados con los hábitos y estilos de vida, se prioriza el análisis de los factores de riesgo que tienen que ver con procesos biológicos como son la presencia de otras afecciones, obesidad, etc." (Docente 12 2018, entrevista personal)

26 Hegemonía de lo clínico/asistencial/curativo en la formación médica de la ESPOCH

El MMH se expresa con dominación que relega a un segundo plano otras formas de ejercer la medicina, ha logrado construir su hegemonía bajo el capitalismo, apropiándose de la enfermedad, desde un enfoque, biologista, individualista, ahistórica, asocial, mercantilista y pragmática.

La formación médica en la ESPOCH reproduce el rasgo hegemónico del MMH que se introduce desde la propia estructuración de la carrera de medicina, dividida en 6 semestres iniciales de ciencias básicas de la medicina y 6 restantes dedicados a las denominadas ciencias de la profesión (Paguay Moreno 2017) en las que el estudiante, teóricamente, se va acercando cada vez más a lo que será su escenario profesional. Es evidente que se mantiene vigente el modelo Flexner, marcado por el biologicismo y el positivismo del MMH.

Con respecto al PIR, el rasgo hegemónico del MMH se hace evidente desde la concepción hegemónica establecida como la forma legitimada, no solo por consenso sino también por coerción, de ejercer la medicina; que es continuada como la única forma de ejercerla. Es así que las expresiones de los docentes señalan que: "En las rotaciones

realizadas durante el año que dura el PIR, solo una de ellas se relaciona con la atención social de las enfermedades, es decir del total de 52 semanas que dura el internado rotativo, solamente 11 son destinadas a la atención del primer nivel de salud, que es donde se realiza, principalmente, el abordaje social de las enfermedades.” (Cando 2018, entrevista personal)

27 Mercantilización de la salud/enfermedad/atención en la formación médica de la ESPOCH

La mercantilización se expresa no solo en la oferta/demanda de formación médica, sino en otros indicadores, por ejemplo, en el criterio de productividad en la atención de salud (más atenciones más eficiencia, mejor sistema de salud), en la ganancia o éxito como ideal de los estudiantes, en el estereotipo de la clínica privada moderna como el modelo exitoso, versus el hospital público para pobres entre otros. Los mayores incrementos se encuentran en el sector privado, cuando se trata de universidades o sedes, y en el sector público, cuando se refiere a extensiones. Al mismo tiempo se observa la creciente búsqueda de médicos y tecnólogos médicos por ubicarse en el sector privado. Vetere (2006, 39)

En el contexto del PIR la globalización económica y cultural ha consolidado el modelo médico hegemónico como paradigma de la razón terapéutica, el cual se desenvuelve en un mercado de consumismo, influenciado por la publicidad, rasgo del MMH que se manifiesta en las expresiones de los docentes entrevistados

“En pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles las indicaciones médicas que se realizan al egreso del paciente solamente incluyen observaciones relacionadas con la terapéutica prescrita”. (Docente 13 2018, entrevista personal)

En el PIR es poca la influencia de elementos sociales que son determinantes en cada afección. Se evidencia como el modelo de educación médica adoptado se encuentra arraigado al accionar de los estudiantes, minimizando, en cierta medida, la importancia del análisis de la Determinación Social de la salud como parte esencial del proceso salud-enfermedad. (Docente 14 2018, entrevista personal)

La mercantilización de la salud ha trastocado la relación médica/paciente llevándola a una interacción deshumanizada donde se excluye las palabras y los afectos,

sólo se incorpora productos y la maquinaria reemplaza al médico con sus métodos de autodiagnóstico y clínicas de tratamiento a medida.

La misma sociedad que proporciona conocimientos y forma profesionales médicos no permite diálogo ni reconoce los modos de vida de la población, fomenta la reproducción de la matriz de poder que a decir de Iriart et al. (2002) esta se enmarca en el realismo dialéctico y con el sustento de la reproducción social establece, según la distribución y acumulación de bienes y riquezas, un sistema de producción consumo y de estructuras de poder que genera inequidad. En contribución Breilh (2010) señala a la inequidad como una condición que se manifiestan en desigualdades injustas en materia de clase, pero también de género y de etnia en la atención médica provocando la ausencia de participación colectiva. Solamente se propicia la participación subordinada y pasiva de los involucrados en el proceso salud – enfermedad indicios que se manifiestan en las siguientes expresiones de los docentes.

Los sílabos de las asignaturas que se imparten en el PIR no recogen las acciones de salud, en relaciones a los factores sociales, que se deben de realizar en las distintas afecciones. (Docente 15 2018, entrevista personal)

La permanencia de los estudiantes en una unidad asistencial, fuera del escenario social reproduce el accionar de los estudiantes en un ciclo de curación, recuperación y bienestar físico de los pacientes. (Docente 16 2018, entrevista personal)

Capítulo tercero

Modos de vida de estudiantes del PIR y efectos del MMH en su salud

Los modos de vida en el perfil epidemiológico son escenarios concretos donde se desarrolla la reproducción social en distintas clases sociales, cruzadas por características y relaciones étnicas y por relaciones de poder de género. En la interface de esas relaciones, y principalmente orientadas por sus intereses y posibilidades de clase, se estructuran modos de vida colectivos, característicos, que delimitan las potencialidades económicas, políticas y culturales de cada una. (Breilh 2010). Los grupos o clases sociales particulares con sus modos de vida específicos se realizan en los espacios de trabajo, los de consumo, vida doméstica, de organización política, construcción cultural y sus relaciones de género y etno-culturales son necesarios para comprender el proceso salud-enfermedad. Con esta premisa, en el presente capítulo buscamos caracterizar los modos de vida de los estudiantes que pertenecen al PIR para luego identificar, en el nivel singular, los efectos en la salud asociados al MMH.

1. Caracterización de los estudiantes perteneciente al PIR

Para este epígrafe se inicia con la caracterización de las personas que son parte del Programa de Internado Rotativo de la ESPOCH.

Tabla 3.

Distribución de estudiantes del PIR de la ESPOCH por edad y sexo

	Frecuencia (n=117)	Porcentaje (%)
23 a 25 años	28	23,9
26 a 30 años	71	60,7
31 a 35 años	18	15,4
Hombre	35	29,9
Mujer	82	70,1

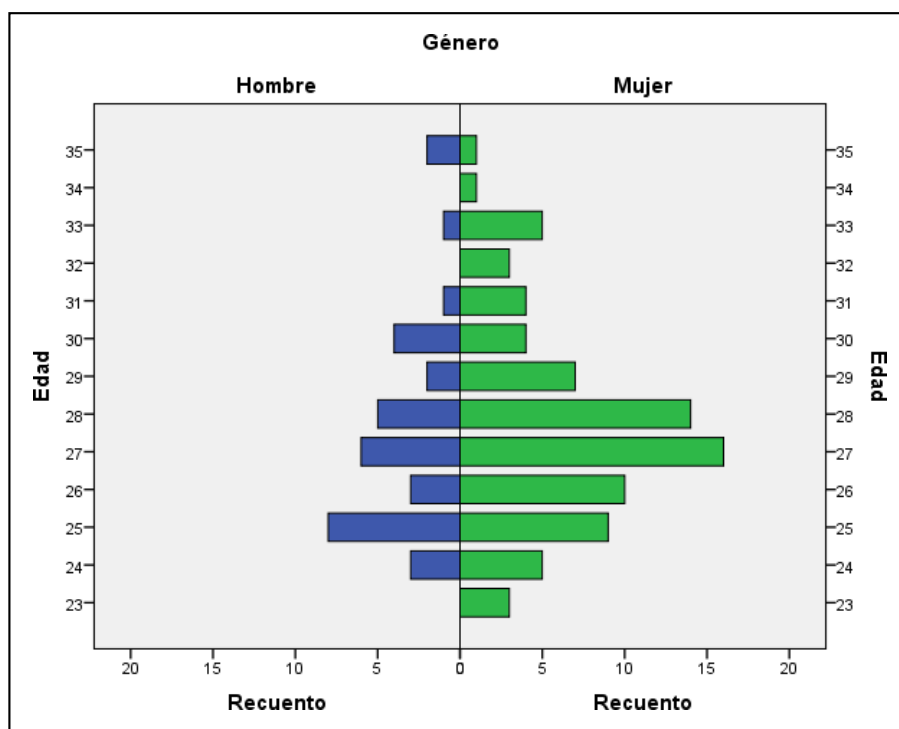
Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Los estudiantes que cumplen el año del Programa de Internado Rotativo (PIR) (6 de cada 10), que ingresa al PIR se encuentran en el rango de 26 a 30 años de edad, existiendo un grupo poblacional entre 23 a 25 años y de 31 a 35 años de edad. Lo datos

evidenciados nos indica un perfil en el cual los estudiantes están con 3 años de diferencia, pues según los años de estudio y desde el bachillerato; deberían estar entre las edades de 23 a 25 años en su mayoría. Llama la atención también que 7 de cada 10 estudiantes son mujeres, por el rol protagónico que posee la mujer sobre la igualdad de género desde el siglo XX.

Gráfico 1.

Pirámide poblacional -PIR de la ESPOCH



Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Tabla 4.

Provincia de procedencia de estudiantes del PIR -ESPOCH

Provincia	Frecuencia (n=117)	Porcentaje (%)
Chimborazo	54	46,2
Tungurahua	24	20,5
Pichincha	13	11,1
Cotopaxi	10	8,5
Bolívar	8	6,8
Santa Elena	5	4,3

Guayas	1	33,3%	-	-	-	-	-	-	2	66,7	3	100,0	
										%		%	
Total	2	23,9%	4	40,2	3	29,9		5	4,3	2	1,7%	11	100,0
			8	7	%	5	%		%			7	%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Los estudiantes que asisten al PIR en su mayoría (4 de cada 10) se auto-identifican con etnia mestiza, existiendo un importante segmento de auto-identificación indígena (29,9%) en proporción casi igual al grupo que se auto-identifica étnicamente como blanca (23,9%). Llama la atención este último dato, que evidencia un proceso de aculturación de discriminación, que esta relacionadas con el estereotipo del “médico exitoso” fenotipo blanco. En relación al modelo médico hegemónico en el cual al MÉDICO le catapulta como un ser blanco supremo. En la tabla 5 se observa que las 28 personas que se auto-identifican como blancas, provienen principalmente de Bolívar, Tungurahua y Chimborazo. También destaca la baja incorporación de diversidades étnicas (indígena, afroecuatoriana y mestiza) en menor porcentaje los estudiantes se auto-identifican como afro-ecuatoriano (4,3%) y montubio (1,7%).

Tabla 6.

Estado civil de estudiantes del PIR de la ESPOCH

	Frecuencia (n=117)	Porcentaje (%)
Casado/a	27	23,1
Soltero/a	81	69,2
Divorciado/a	2	1,7
Pareja no estable	7	6,0

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Los estudiantes que ingresan al PIR son de predominio de estado civil de soltero porcentaje que llega al 69,2% de la muestra, congruente con su edad, existiendo un porcentaje considerable de (23,1%) de estudiantes que están de estado civil casados, a los que se suman unos pocos estudiantes de estado civil divorciados o que se encuentran en

una relación de pareja no estable, condiciones que les genera responsabilidades familiares.

Tabla 7.

Hospital donde realiza el PIR de la ESPOCH		
	Frecuencia (n=117)	Porcentaje (%)
Hospital General Riobamba	31	26,5
IESS Latacunga	13	11,1
Hospital General Latacunga	28	23,9
Hospital General Puyo	23	19,7
Hospital José María Velasco Ibarra	22	18,8

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Los Hospitales General Riobamba y General Latacunga; son los que presentan el mayor porcentaje de estudiantes del PIR, por ser hospitales de referencia provincial en los cuales necesitan mano de obra en analogía al hospital del IESS de Latacunga que presenta el porcentaje más bajo de prácticas llegando a un 11% de la muestra. Hospitales como Hospital General Puyo, Hospital José María Velasco Ibarra están en porcentajes alrededor del 18% y 19%. Por el distanciamiento que existe desde la ciudad cede hasta estos centros hospitalarios.

2. Realidad particular: inserción laboral del principal responsable económico del hogar

La categoría clase social tiene una importancia decisiva para comprender la organización de una sociedad, los grupos característicos que la conforman, y que mantienen relaciones determinadas entre estos que se conocen como relaciones sociales. Entorno a la salud, es interesante comprender la determinación de la calidad de vida, y en muchas oportunidades comparar en la investigación los modos de vida de dichos grupos característicos, y de esa manera entender, por ejemplo, las diferencias de morbilidad entre éstos, la investigación de la clase social es un elemento metodológico crucial que ayuda a comprender aspectos relevantes de trabajo; de vida cotidiana y familiar en la esfera del consumo; formas de organización y actividad política; formas culturales y de

construcción de la subjetividad; y relaciones ecológicas. (Breilh 1989). En el estudio se aplicó la herramienta INSOC y analizamos a continuación el perfil de inserción laboral de los estudiantes y de sus hogares.

Tabla 8.

Principal responsable económico del hogar del o de la estudiante del PIR de la ESPOCH

	Frecuencia (n=117)	Porcentaje (%)
Papá	61	52,1
Mamá	34	29,1
Ambos	22	18,8

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Los estudiantes del PIR, mantienen su ingreso económico a través de sus representantes, la mayoría se sustenta mediante su padre, en menor porcentaje lo hacen mediante la madre o la ayuda de ambos progenitores, en este último semestre de la carrera universitaria, ingresando al PIR como becario del Ministerio de Salud Pública, percibiendo un estipendio de beca que le ayuda a solventar sus necesidades funciones en los hospitales asignados.

Tabla 9.

Nivel de educación del principal responsable económico del hogar del o de la estudiante del PIR de la ESPOCH

	Frecuencia (n=117)	Porcentaje (%)
Primaria	25	21,4
Secundaria	57	48,7
Superior	35	29,9

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Los progenitores de los estudiantes del PIR el 48,7%, han alcanzado el nivel de educación secundaria, 1 de cada 3 progenitores han alcanzado un grado académico superior y destaca un 1/5 de hogares donde los representantes solo han alcanzado el nivel de primaria, siendo por tanto un grupo en movilidad social ascendente, por la oferta académica que existe en la actualidad en la provincia de Chimborazo, ciudad de Riobamba.

Tabla 10.

Ingresos mensuales del hogar del o de la estudiante del PIR de la ESPOCH

	Frecuencia (n=117)	Porcentaje (%)
Menos de 200 dólares	25	21,4
de 201 a 400 dólares	73	62,4
Más de 400 dólares	19	16,2

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

La mayoría de estudiantes del PIR presenta un hogar donde el ingreso económico promedio está entre 201 y 400 dólares, es decir, alrededor a un salario básico general unificado. Lo que les coloca en un estrato de ingresos medio a bajo, sin embargo 1 de cada 5 estudiantes en sus hogares presentan ingresos menores a este valor, lo que los colocaría en una fracción de sub-asalariados, mientras un grupo percibe ingresos de crecidamente a los 400 dólares.

Tabla 11.

Inserción laboral del hogar del o de la estudiante del PIR de la ESPOCH

	Frecuencia (n=117)	Porcentaje (%)
Profesional o técnico que ejerce independientemente	26	22,2%
Empleado público titulado (profesional o técnico)	31	26,5%

Empleado de empresa particular no titulado	17	14,5%
Artesano	13	11,1%
Comerciante propietario de pequeño negocio	21	17,9%
Obrero o trabajador manual de empresa no propia	9	7,7%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

La tabla anterior muestra la vinculación con el sistema productivo, de los progenitores que ejercen como principales responsables económicos del hogar de los y las estudiantes del PIR. Existe mayoritariamente un perfil profesional o técnico como principales responsables económicos, sea como independientes o como empleados públicos, dentro de la inserción social. En menos porcentaje se encuentran insertos los empleados de empresa particular no titulado, artesano, comerciante propietario de pequeño negocio e inclusive hogares de obreros o trabajadores manuales

Tabla 12.

Propiedad de los medios de producción del principal responsable económico del hogar de los estudiantes del PIR de la ESPOCH

	Frecuencia (n=117)	Porcentaje (%)
Locales	14	12,0%
Máquinas o equipos	15	12,8%
Mercadería e insumos	19	16,2%
Terrenos	23	19,7%
Herramientas	93	79,5%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Los medios de producción más representativos son herramientas (79,5%) y terrenos (19,7%), mercaderías e insumos, como medio de producción dentro de la inserción social, mientras que locales y maquinas presentan porcentajes similares.

Combinando la información de inserción laboral, propiedad de medios de producción, función en el trabajo y fuente principal de ingresos, se obtiene la clasificación

de inserción social, como aproximación a la clase social a la que pertenece el o la estudiante del PIR de la ESPOCH.

Tabla 13.

Clase social del hogar del o de la estudiante del PIR de la ESPOCH

Clase o capa social	Frecuencia (n=117)	Porcentaje (%)
Pequeño productor comerciante o artesano	26	22,2%
Capa de profesionales o técnicos	31	26,5%
Capa de administrativos y técnicos auxiliares	43	36,8%
Clase de obreros y trabajadores no calificados	17	14,5%
Total	117	100,0%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

El perfil de clase de los hogares provenientes los estudiantes del PIR, es de capas medias, expresadas en cargos administrativos u operativos/técnicos, técnicos profesionales, con o sin relación de dependencia. Uno de cada 7 estudiantes pertenece a hogares proletarios (trabajadores no especializados). Por otra parte, también uno de cada 5 hogares de estudiantes del PIR pertenecen a la fracción de productores comerciantes o artesanos.

4. Realidad particular: Modos de vida

Para la categorización de modos de vida se combinó la adscripción de clase social y la procedencia geográfica de los estudiantes en función a la distancia de las casas hospitalarias a este grupo asignadas. Esta clasificación adaptó el proceso y el algoritmo del *IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV Para saber cómo estamos y saber qué hacemos Metodología y Determinación Social de la Salud Bucal* (Ministerio de Salud y Protección Social 2014), de lo cual se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 14.

Categorización de modos de vida

	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------

Modo de vida 1	37	31,6
Modo de vida 2	64	54,7
Modo de vida 3	6	5,1
Modo de vida 4	10	8,5
Total	117	100,0

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

A continuación, se expresan cada una de las características de los modos de vida:

Modo de Vida 1: Es aquel donde el estudiante viene de una provincia cercana al lugar de residencia de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo y pertenecen a una clase social de obreros/trabajadores o pequeños productores artesanos y comerciantes y la distancia de hospital asignado.

Modo de Vida 2: Es aquel donde el estudiante viene de una provincia cercana al lugar de residencia de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo y pertenecen a una clase social media o media pudiente, de profesionales y técnicos en funciones administrativas o ejercicio independiente y la distancia de hospital asignado.

Modo de Vida 3: Es aquel donde el estudiante viene de una provincia lejana al lugar de residencia de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo y pertenecen a una clase social de obreros/trabajadores o pequeños productores artesanos y comerciantes y la distancia de hospital asignado.

Modo de Vida 4: Es aquel donde el estudiante viene de una provincia cercana al lugar de residencia de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo y pertenecen a una clase social media o media pudiente, de profesionales y técnicos en funciones administrativas o ejercicio independiente y la distancia de hospital asignado.

5. Realidad particular: participación en organización social/comunitaria de los estudiantes del PIR de la ESPOCH

Tabla 15.

Participación en organizaciones sociales de la estudiante del PIR de la ESPOCH

	Frecuencia (n=117)	Porcentaje (%)
Organización laboral	5	4,3
Otras formas de organización	8	6,8
Ninguna	104	88,9

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

En relación con la participación en espacios de organización y decisión, la participación es muy baja, cerca de 9 de cada 10, estudiantes menciona que no pertenece a ninguna organización social, ni laboral ni de otro tipo. Sin embargo, en los que sí pertenecen se observan mayores tasas de asistencia a organizaciones que no sean de ámbitos laborales como organizaciones deportivas, o clubs de estudiantes.

6. Realidad particular opinión sobre el modelo educativo en el programa de internado rotativo: conciencia y conocimiento sobre el MMH

Uno de los espacios importantes para identificar los modos de vida, es el de la construcción de la consciencia y el conocimiento sobre el problema de interés, en este caso, el modelo médico hegemónico en el PIR de la ESPOCH. Un indicador de este proceso es el nivel de conocimiento adquirido por los y las estudiantes que tienen en relación al modelo educativo superior y su formación médica para la vinculación al mundo laboral y el proceso de salud-enfermedad- sociedad, que este significa pasar de las aulas académicas al enfrentamiento directo del paciente y su entorno delicado, sin ninguna orientación sobre cartera de servicios que oferta el Ministerio de Salud Pública, para su funcionalidad.

Tabla 16.

Nivel de acuerdo con el modelo educativo de estudiantes del PIR de la ESPOCH

(Nivel entre 1=totalmente en desacuerdo y 5=totalmente de acuerdo)

Criterios	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
				estándar

En el PIR existe adecuado abordaje de los elementos sociales del proceso salud-enfermedad en los sílabos y contenidos de la malla curricular	1	5	2,97	,334
La distribución académica de la malla curricular brinda un adecuado equilibrio entre los distintos niveles de atención de salud	1	4	2,99	,246
Existe distribución simétrica y proporcional de las horas de PIR en relación a las especialidades	1	3	2,95	,258
Se dispone del tiempo de rotación adecuado en unidades del primer nivel de atención para comprender los elementos sociales del proceso salud-enfermedad	2	4	2,91	,321
En el PIR se asigna correctamente las horas de actividades prácticas para solventar las necesidades de los elementos sociales del proceso salud-enfermedad	1	4	2,90	,402
En el PIR se asigna correctamente las horas de trabajo comunitario para entender los elementos sociales del proceso salud-enfermedad	1	4	2,91	,361
En el PIR se abordan socialmente los problemas de salud	2	3	2,99	,092
Es adecuado el abordaje social que se realiza en el PIR para contrarrestar las distintas enfermedades	2	4	3,00	,131
En el PIR los docentes refuerzan el componente social de la salud durante las actividades del IR	2	4	3,00	,186
Existe adecuada preparación de los docentes en temas relacionados con el abordaje social de las enfermedades	1	4	2,97	,244

Su experiencia en el PIR ha sido suficiente para abordar los aspectos sociales de la salud 3 5 3,04 ,242

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

En relación a la opinión de los estudiantes del PIR, con el modelo educativo y su relación con la comprensión social de la salud, la calificación promedio, dada a los criterios consultados se ubica entre “2= en desacuerdo” y 3 “ni de acuerdo ni en desacuerdo”. Particularmente el menor puntaje es otorgado a la distribución de horas de actividades prácticas. Se observa que no existe buena calificación a la existencia de un adecuado abordaje de los elementos sociales del proceso salud-enfermedad, en los sílabos de la malla curricular, y la distribución académica de los contenidos de las cinco rotaciones que tiene el PIR, sobre las especialidades médicas.

7. Realidad individual: estilo de vida

En los estilos de vida, la actividad física y los hábitos saludables se convierten en procesos protectores de la salud en los estudiantes del PIR. A continuación, algunos indicadores al respecto.

Tabla 17.

Deportes que practican los y las estudiantes del PIR de la ESPOCH

	Frecuencia (n=117)	Porcentaje (%)
Tenis	2	1,7
Natación	3	2,6
Ciclismo	3	2,6
Atletismo	8	6,8
Gimnasio	13	11,1
Voleibol	14	12
Basquetbol	35	29,9
Fútbol	39	33,3

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

Dentro de los estilos de vida de los estudiantes del PIR, la práctica del fútbol de 33,3%, seguido del basquetbol 29,9%, es la práctica de preferencia del estudiante del PIR como una práctica para bajar los niveles de tensión y para mejorar su físico y cansancio mental, seguido del gimnasio 11.1% de la actividad, con lo cual el estudiante mejora su apariencia del estrés hospitalario, menos porcentaje actividades como: Tenis, natación, ciclismo, atletismo.

Tabla 18.

Frecuencia de práctica de la actividad física en estudiantes del PIR de la ESPOCH

	Frecuencia (n=117)	Porcentaje (%)
Hasta dos veces por semana	20	17,1
De 3 a 5 veces por semana	18	15,4
Diario	18	15,4
Cada 15 días	24	20,5
Una vez al mes	15	12,8
Ocasional	22	18,8

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Cabe denotar que existe la práctica de algún deporte, pero se evidencia un predominio de actividad entre ocasional o alguna vez en 15 días o al mes, por parte de los estudiantes del PIR. Muy pocos realizan esta práctica deportiva a diario o 2 a 5 veces por semana, como es recomendado por la Organización Mundial de la Salud; evidenciando que es muy baja la actividad física, debido a la intensidad de trabajo que mantiene el estudiante en esta condición de interno rotativo, en el cual en cada área hospitalaria mantiene y debe cumplir órdenes emitidas por el personal médico, enfermería, familiares y paciente.

Tabla 19.

Consumo de alcohol y tabaco en los y las estudiantes del PIR de la ESPOCH

Consumo de alcohol	Hábito de fumar			
	No fuman	Fuman	Exfumador	Total

Consumen	25,6%	6,0%	11,1%	42,7%
No consumen	51,3%	0,9%	5,1%	57,3%
Total	76,9%	6,8%	16,2%	100,0%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

Los estudiantes del PIR, son vulnerables para llegar a la dependencia de sustancias psicotrópicas por el nivel de estrés que son sometidos, por lo cual el hábito de consumir alguna sustancia alucinógena es de 42,7%, este elemento muestra una situación a considerar en el estilo de vida del estudiando del PIR de la ESPOCH.

8. Realidad individual: Estrés en estudiantes del Programa de Internado Rotativo

En este acápite se analiza los indicadores de estrés en la población de estudiantes del PIR de la ESPOCH, en el espacio académico, doméstico, el nivel de estrés como indicador sintético obtenido con la aplicación del cuestionario EPISTRES desarrollado por Breilh (1993) para estudiar el estresamiento desde la epidemiología crítica y sus diferentes manifestaciones. Interesa determinar el efecto que las exigencias del programa pueden estar generando en los estudiantes que cursan el PIR.

Tabla 20.

Factores estresantes por el Programa de Internado Rotativo de la ESPOCH según los y las estudiantes

	n=117	%
¿En el PIR sufre maltrato, desprecio o hay conflictos que le perturban?	17	14,50%
¿El ambiente del PIR le expone a ruido, frío o calor, falta de luz, gases o polvos que le molestan continuamente?	19	16,20%
¿Su actividad en el PIR le hace sentir desesperada(o) o le cansa mucho?	35	29,90%
¿Se siente inestable en los PIR o le preocupa perder la carrera?	55	47,00%
¿Siente un exceso de responsabilidad en el PIR?	64	54,70%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Los factores estresantes más representativos que les acontece a los estudiantes que están cursando el Programa de Internado Rotativo en las distintas casas de salud, de las coordinaciones zonales, son la sensación de inestabilidad en el PIR o la preocupación de perder la carrera (47%), así como el exceso de responsabilidad en el PIR (54,7%). Los demás factores están presentes en menor medida, entre 14 y 30%.

Tabla 21.

Factores estresantes relacionados con la responsabilidad doméstica según los y las estudiantes del PIR de la ESPOCH

	n=117	%
¿Tiene responsabilidades de trabajo doméstico que le agotan, le hacen sentir presionada(o) y constante falta de tiempo?	12	10,3%
¿Le preocupa que no se alcanza para dedicarse adecuadamente a hermanos, hijos u otros familiares?	27	23,1%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Con respecto a factores estresantes por el trabajo doméstico que deben cumplir con su familia llega al 23,1%, que no se alcanzan para dedicarse adecuadamente a sus familiares, mientras que el 10,3% afirmaron que las actividades de trabajo doméstico les agota o les hace sentir presionada(o) con la constante falta de tiempo. Los demás estudiantes consideraron que el factor domestico no es un factor estresante para cumplir con el PIR.

Tabla 22.

Factores estresantes de consumo y ambiente

	n=117	%
¿Padece angustia por necesidades económicas para gastos de educación o salud?	15	12,80%

¿Padece angustias por necesidades económicas para alimentación, estudios, casa o arriendo?	75	64,10%
¿Se siente presionada(o) por problemas de transporte diario, esperas o congestión donde reside?	95	81,20%
¿Padece por ruido excesivo alrededor de su casa, en su barrio?	96	82,10%
¿Sufre mucha preocupación por alguna deuda?	98	83,80%
¿Se siente agobiada(o) por falta de espacio y congestionamiento en su casa?	104	88,90%
¿Padece de mucho frío o calor, humedad o ruido en su casa?	104	88,90%
¿Teme que le asalten o le agredan donde reside?	107	91,50%
¿Sufre por la imposibilidad de descansar bien, como a usted le gusta?	115	98,30%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Los factores estresantes de consumo y ambiente afectan a la mayoría de estudiantes del PIR, con proporciones del 88.99% al 98,3%, en 7 de los 9 factores investigados, los más relevantes indican espacios con características adversas que no favorecen el descanso de los estudiantes (98,90%), inseguridad en el sector donde residen (91,50%). Son muy altos también los porcentajes de estudiantes que señalan problemas de transporte, falta de espacio donde residen, así como condiciones de contaminación, ruido excesivo alrededor del barrio de residencia. La preocupación por deudas también está presente en más del 83.80% de estudiantes del PIR, mientras es menor la angustia por necesidades de manutención básica.

Tabla 23.

Factores estresantes de pérdida afectiva, sufrimiento moral o físico

	n	%
¿Tiene preocupación intensa por algún motivo sexual, problema o defecto físico?	6	5,10%
¿Padece por causa de alguna amenaza personal, represión a falta de libertad?	8	6,80%

¿Experimenta angustia por alguna enfermedad, invalidez o porque se siente que no es necesario en el PIR?	9	7,70%
¿Sufre por alguna causa amorosa o afectiva?	10	8,50%
¿En su casa se siente sola(o) o aislada(o)?	11	9,40%
¿Experimenta mucha angustia por alguna falta o error grave cometidos en el PIR?	11	9,40%
¿La afecta algún conflicto o pelea familiar?	12	10,30%
¿Se siente aislado(a) o extraño(a) respecto a sus compañeros del PIR o semejantes?	95	81,20%
¿Se siente preocupada(o) o desmoralizada(o) por la suerte de estudiante del PIR?	95	81,20%
¿Sufre por alguna enfermedad o trastorno de un ser querido?	97	82,90%
¿Sufre por la muerte de algún pariente o persona cercana a usted?	106	90,60%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

Los factores estresantes de pérdida afectiva, sufrimiento moral o físico que producen estrés están caracterizados por un alto porcentaje de estudiantes que se sienten aislado(a) o extraño(a) respecto a sus compañeros del PIR o semejantes, así como preocupada(o) o desmoralizada(o) por la suerte de estudiante del PIR. Por otro lado, también se refleja malestar de los estudiantes por la muerte de algún paciente o persona cercana a ellos.

Tabla 24.

Nivel de estrés

	n=117	%
Leve	22	18,8%
Moderado	86	73,5%
Severo	9	7,7%
Total	117	100,0%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

Los niveles de estrés de los estudiantes del programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, obtenidos como síntesis de los factores evaluados en el instrumento EPISTRES, muestran una predominación de estrés moderado (con 73,5%). Por otra parte, también hay la presencia de estrés severo en los estudiantes del PIR en un porcentaje del 7,7%. Estos resultados levantan una alerta de preocupación por la manifestación de un problema que afecta a los y las estudiantes del Programa de Internado Rotativo, cabe recordar los altos niveles de preocupación con aspectos como: la sensación de inestabilidad respecto al PIR, exceso de responsabilidad, entre otros.

De manera global, existe un porcentaje considerable, más de 8 de cada 10, estudiantes estresados por los diferentes factores expresados anteriormente. A continuación, se analizan las diferencias en niveles de estrés que podrían configurar situaciones de vulnerabilidad diferenciada.

Tabla 25.

**Nivel de estrés en estudiantes del PIR de la ESPOCH
según hospital donde realizan la práctica**

Hospital *	Nivel de estrés							
	Leve		Moderado		Severo		Total	
	n=22	%	n=86	%	n=9	%	n=117	%
Hospital								
General	14	45,2%	14	45,2%	3	9,7%	31	100,0%
Riobamba								
IESS Latacunga	2	15,4%	11	84,6%	0	--	13	100,0%
Hospital								
General	2	7,1%	23	82,1%	3	10,7%	28	100,0%
Latacunga								
Hospital								
General Puyo	3	13,0%	20	87,0%	0	--	23	100,0%
Hospital José								
María Velasco	1	4,5%	18	81,8%	3	13,6%	22	100,0%
Ibarra								

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

Existe en general un nivel de estrés moderado en todos los hospitales donde acuden los estudiantes para realizar el PIR, con valores entre 82,1 y 87,0%, a excepción del Hospital General Riobamba, en donde llama la atención los menores niveles de estrés, por la relación que el estudiante mantiene en su formación con sus profesores que la gran mayoría labora en los hospitales de la ciudad con los cuales ya establecen una relación de amistad. Sin embargo, también existen casos particulares de hospitales como el Hospital General Latacunga y Hospital José María Velasco Ibarra, donde se evidencia porcentajes de niveles de estrés severo, que al estudiante le cuesta adaptarse y llegar establecer una amistad con el personal de salud.

Tabla 26.

Nivel de estrés vs ocupación del responsable económico

Ocupación *	Nivel de estrés							
	Leve		Moderado		Severo		Total	
	n=22	%	n=86	%	n=9	%	n=117	%
Profesional o técnico que ejerce independientemente	3	11,50%	23	88,50%	0	0,00%	26	100,00%
Empleado público titulado (profesional o técnico)	8	25,80%	23	74,20%	0	0,00%	31	100,00%
Empleado de empresa particular no titulado	8	47,10%	6	35,30%	3	17,60%	17	100,00%
Artesano	1	7,70%	9	0,20%	3	23,10%	13	100,00%
Comerciante propietario de pequeño negocio	1	4,80%	17	81,00%	3	14,30%	21	100,00%
Obrero o trabajador manual de empresa no propia	1	11,10%	8	88,90%	0	0,00%	9	100,00%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

Existe la presencia de estrés severo más alta en los estudiantes de hogares donde el principal responsable es: artesano, comerciante propietario de pequeño negocio. Por otra parte, los estudiantes que señalaron al principal responsable económico como: profesional o técnico que ejerce independientemente o empleado público titulado (profesional o técnico) evidencian niveles de estrés moderado considerable. Mientras que los estudiantes con menos estrés corresponden a progenitores con ocupación referente a empleados públicos o empleado de empresa particular no titulado.

Tabla 27.
Nivel de estrés vs fuente económica e ingresos en el hogar

Calidad de vida		Nivel de estrés							
		Leve		Moderado		Severo		Total	
		n=2	%	n=8	%	n=	%	n=11	%
		2	%	6	%	9	%	7	%
Fuente de ingresos económicos *	Sueldo de empleado del sector privado	8	47,10 %	6	35,30 %	3	17,60 %	17	100 %
	Sueldo de empleado del sector público	8	25,80 %	23	74,20 %	0	0,00%	31	100 %
	Sueldo obrero o trabajador no jornalero	2	9,10%	17	77,30 %	3	13,60 %	22	100 %
	Sueldo trabajador del campo	3	11,50 %	23	88,50 %	0	0,00%	26	100 %
	Ganancia del negocio propio (artesano emprendedor)	1	4,80%	17	81,00 %	3	14,30 %	21	100 %
	Total	22	18,80 %	86	73,50 %	9	7,70%	117	100 %

Ingresos mensuales del hogar	Menos de 200 dólares	4	16,00 %	20	80,00 %	1	4,00%	25	100 %
	de 201 a 400 dólares	13	17,80 %	53	72,60 %	7	9,60%	73	100 %
	Más de 400 dólares	5	26,30 %	13	68,40 %	1	5,30%	19	100 %

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel ,05.

El menor nivel de estrés se encuentra en los y las estudiantes que disponen de la ayuda de su responsable económico que se sustenta como sueldo de empleado público, los mayores niveles (mayor al 95% de estrés moderado a severo) están en los y las estudiantes cuyas familias se sustentan de la ganancia de negocio propio (artesano emprendedor). Por otra parte, existe más estrés en estudiantes cuyos ingresos del hogar son menos de 200 dólares.

Tabla 28.

Nivel de estrés vs participación en la organización social

		Nivel de estrés							
		Leve		Moderado		Severo		Total	
		n=22	%	n=86	%	n=9	%	n=117	%
Participación en organización social	Organización laboral	1	20,0%	4	80,0%	0	0,00%	5	100%
	Otras formas de organización	1	12,5%	6	75,0%	1	12,50%	8	100%
	Ninguna	20	19,2%	76	73,1%	8	7,70%	104	100%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

No hay diferencias en el nivel de estrés entre estudiantes del PIR con o sin participación en organizaciones sociales. Es importante recordar que es muy bajo el nivel de participación en general.

Tabla 29.

Nivel de estrés vs inserción social

		Nivel de estrés							
		Leve		Moderado		Severo		Total	
		n=22	%	n=86	%	n=9	%	n=117	%
Inserción Social	Pequeño comerciante	1	5%	17	81%	3	14%	21	100%
	Artesano	0	0%	3	60%	2	40%	5	100%
	Profesionales /empleados nivel directivo	0	0%	3	100%	0	0%	3	100%
	Técnicos y profesionales de nivel medio	8	29%	20	71%	0	0%	28	100%
	Administrativos u operativos/técnicos nivel auxiliar/prestadores de servicio varios	11	26%	29	67%	3	7%	43	100%
	Trabajador no calificado	2	12%	14	82%	1	6%	17	100%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

En promedio existe estrés moderado a nivel de todas las formas de inserción social, sin embargo, en los pequeños comerciantes, artesano, profesionales /empleados nivel directivo, técnicos y profesionales de nivel medio es más frecuente el estrés. En estos segmentos existe considerables niveles de estrés severo, mientras que en administrativos u operativos/técnicos nivel auxiliar/prestadores de servicio varios se observan niveles de estrés bajos representativos.

Tabla 30

Nivel de estrés según modos de vida de los estudiantes PIR de la ESPOCH

Modos de vida	Nivel de estrés							
	Leve		Moderado		Severo		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
MODO DE VIDA 1	2	5,4%	30	81,1%	5	13,5%	37	100,0%
MODO DE VIDA 2	17	26,6%	45	70,3%	2	3,1%	64	100,0%
MODO DE VIDA 3	1	16,7%	4	66,7%	1	16,7%	6	100,0%
MODO DE VIDA 4	2	20,0%	7	70,0%	1	10,0%	10	100,0%
Total	22	18,8%	86	73,5%	9	7,7%	117	100,0%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

El nivel de estrés más representativo dentro del rango severo se encuentra en el modo de vida 3, que se caracterizan por ser estudiantes que vienen de provincias lejanas al lugar de residencia de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, y pertenece a clases sociales media pobre, pequeño productor comerciante y artesanos, y clase obrera. Por otra parte, en la mayoría de modos de vida identificadas se encuentran tasas relativamente altas de estrés de moderado a alto. Los estudiantes menos estresados representan el modo de vida 2 que son estudiantes de una provincia cercana y pertenecen a una clase social media pudiente o media pobre, de profesionales, técnicos y administrativos.

Para sondear si los hábitos de los y las estudiantes del PIR se manifiestan como procesos protectores frente al estrés.

Tabla 31.

Nivel de estrés vs actividad física en estudiantes del PIR de la ESPOCH

Frecuencia de actividad física	Nivel de estrés							
	Leve		Moderado		Severo		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Ocasional	10	16,4%	44	72,1%	7	11,5%	61	100,0%
Constante	12	21,4%	42	75,0%	2	3,6%	56	100,0%
Total	22	18,8%	86	73,5%	9	7,7%	117	100,0%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

Entorno a los niveles de estrés es notable las tasas altas de moderado a severo en los estudiantes sin diferencia entre los que se dedican a actividad física constante y quienes lo hacen de manera ocasional y poco frecuente, sin embargo, el grupo de actividad física o deportiva constante sí presenta menores niveles de estrés, sin que se transforme en proceso protector para el desencadenamiento del estrés.

Tabla 32.

Nivel de estrés vs consumo de alcohol y tabaco en estudiantes del PIR de la ESPOCH

		Nivel de estrés							
		Leve		Moderado		Severo		Total	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Consumo de alcohol	Consumen	12	24,0%	34	68,0%	4	8,0%	50	100,0%
	No consumen	10	14,9%	52	77,6%	5	7,5%	67	100,0%
	Total	22	18,8%	86	73,5%	9	7,7%	117	100,0%
Hábito de fumar	No fuman	11	12,2%	72	80,0%	7	7,8%	90	100,0%
	Fuma o fumaba	11	40,7%	14	51,9%	2	7,4%	27	100,0%
	Total	22	18,8%	86	73,5%	9	7,7%	117	100,0%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

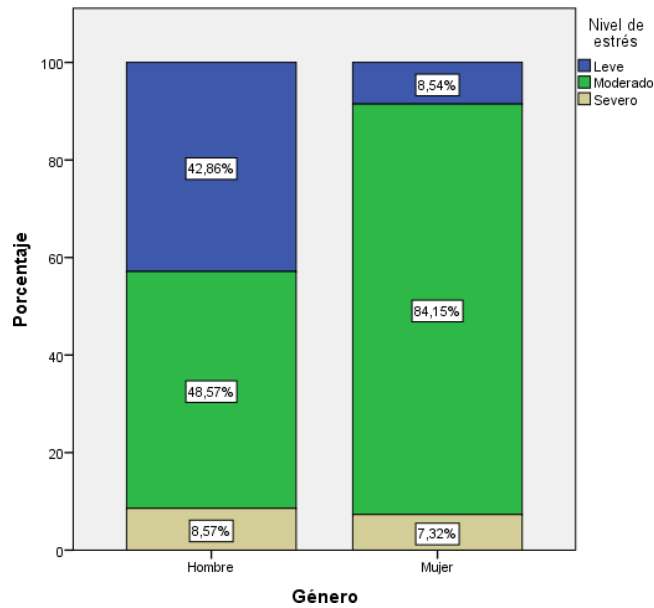
Elaboración propia

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel ,001

Los resultados del cuadro anterior muestran paradójicamente que quienes indican que fuman o son exfumadores tienen los menores niveles de estrés, lo se hace evidente en niveles de estrés leve de 41% y moderado de 52%. Esta diferencia con los que no fuman es estadísticamente significativa ($p < 0,001$), mientras no existe diferencias de estrés según el consumo o no de alcohol.

Gráfico 2.

Niveles de estrés según el género en estudiantes del PIR de la ESPOCH



Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

El gráfico muestra que los niveles de estrés en los hombres son similares en los niveles moderado y bajo (de 4 a 5 de cada 10), mientras que en las mujeres presentan alta prevalencia de estrés de moderado a severo (9 de cada 10 mujeres sufren estrés de moderado a severo). Las diferencias de estrés por género son altamente significativas ($p < 0.001$). En este punto es donde se presenta de manera palpable la determinación social de la salud, pues se explica ese alto nivel de estrés general y la mayor vulnerabilidad de las mujeres, por las exigencias del programa, las dificultades de vida y particularmente, en el caso de mujeres, por su doble y triple rol en el PIR y el hogar.

Tabla 33.

Nivel de estrés jefatura femenina del hogar en estudiantes del PIR de la ESPOCH

		Nivel de estrés							
		Leve		Moderado		Severo		Total	
		n=22	%	n=86	%	n=9	%	n=117	%
Jefatura	No	17	20,5%	59	71,1%	7	8,4%	83	100%
femenina	Si	5	14,7%	27	79,4%	2	5,9%	34	100%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Cuando existe la jefatura femenina del hogar, existe más estrés en las estudiantes del PIR de la ESPOCH, con 85,3% de casos en estrés moderado y severo. Sin embargo, el nivel de estrés es alto según todos los tipos de jefatura.

Tabla 34.
Nivel de estrés vs inequidad étnica

		Nivel de estrés							
		Leve		Moderado		Severo		Total	
		n=2	%	n=8	%	n=	%	n=11	%
		2		6		9		7	
Provincia de procedencia	Chimborazo	9	16,7 %	42	77,8 %	3	5,6%	54	100 %
	Tungurahua	6	25,0 %	17	70,8 %	1	4,2%	24	100 %
	Pichincha	3	23,1 %	9	69,2 %	1	7,7%	13	100 %
	Cotopaxi	1	10,0 %	7	70,0 %	2	20,0 %	10	100 %
	Bolívar	2	25,0 %	5	62,5 %	1	12,5 %	8	100 %
	Santa Elena	0	0,0%	4	80,0 %	1	20,0 %	5	100 %
	Guayas	1	33,3 %	2	66,7 %	0	0,0%	3	100 %
Autoidentificación étnica	Blanca	8	28,6 %	17	60,7 %	3	10,7 %	28	100 %
	Mestiza	7	14,9 %	36	76,6 %	4	8,5%	47	100 %
	Indígena	4	11,4 %	30	85,7 %	1	2,9%	35	100 %
	Afroecuatoriana	2	40,0 %	2	40,0 %	1	20,0 %	5	100 %

Montubio	1	50,0 %	1	50,0 %	0	0,0%	2	100 %
----------	---	-----------	---	-----------	---	------	---	----------

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Existen niveles de estrés moderado similares en todas las provincias de procedencia de los estudiantes del PIR. En caso de la auto-identificación étnica, los estudiantes que se auto-identifican como indígenas presentan niveles de estrés de moderado a severo más altos que los demás, si bien el estrés está presente en todos los grupos étnicos, por la discriminación social les hace vulnerables, sintetizándose el MMH.

9. Nivel de satisfacción de estudiantes con el Programa de Internado Rotativo

Finalmente, se ha indagado el nivel de satisfacción que manifiestan los y las estudiantes sobre el programa de internado y las diferencias según sus características personales, modos de vida y estilos de vida.

Tabla 35.

Nivel de satisfacción general con el programa de estudiantes del PIR de la ESPOCH

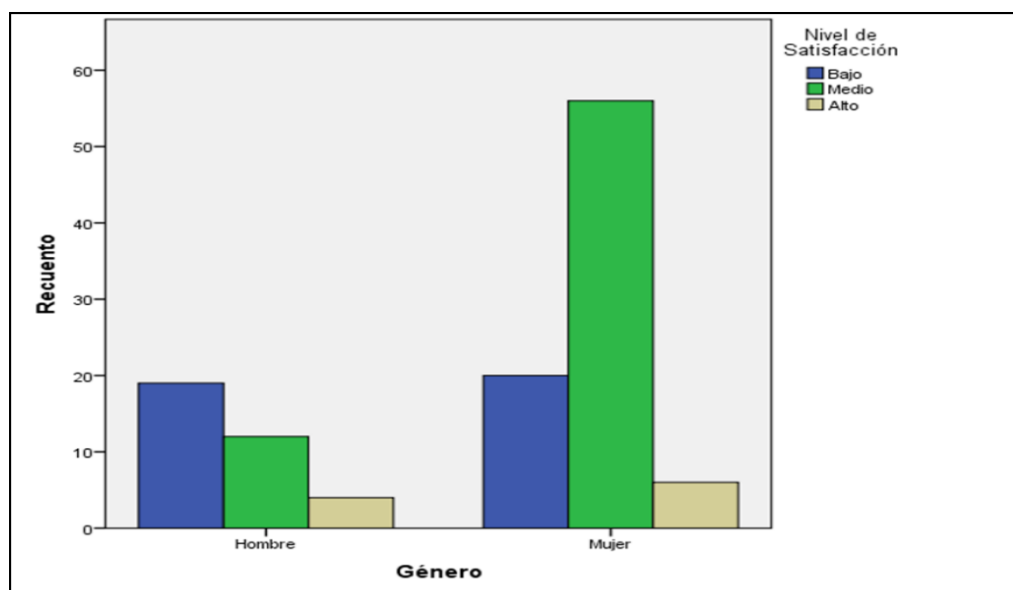
	n = 117	%
Bajo	39	33,3%
Medio	68	58,2%
Alto	10	8,5%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

La insatisfacción de los estudiantes del PIR, mediante las diferentes preguntas realizadas a los mismos se hizo evidente al presentar un nivel de satisfacción entre bajo y medio que representa el 91,5%. Solamente un 8,5% manifiestan estar satisfechos.

Gráfico 3.

Niveles de satisfacción de los y las estudiantes del PIR de la ESPOCH



Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

La insatisfacción de los estudiantes del PIR con el modelo educativo se hace evidente tanto en hombres como en mujeres, Por otra parte, el nivel de satisfacción de las mujeres es mayor que el nivel de satisfacción de los hombres.

Tabla 36

Satisfacción con el modelo educativo según modos de vida de los estudiantes del PIR de la ESPOCH

Modos de vida	Nivel de Satisfacción							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
MODO DE VIDA 1	10	27,0%	23	62,2%	4	10,8%	37	100,0%
MODO DE VIDA 2	23	35,9%	36	56,3%	5	7,8%	64	100,0%
MODO DE VIDA 3	1	16,7%	5	83,3%	0	0,0%	6	100,0%
MODO DE VIDA 4	5	50,0%	4	40,0%	1	10,0%	10	100,0%
Total	39	33,3%	68	58,1%	10	8,5%	117	100,0%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Existe diferencia de niveles de satisfacción entre modos de vida encontrados en los estudiantes del PIR. Los estudiantes que se caracterizan por un modo de vida 3, que

proviene de una provincia lejana al lugar de residencia de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, y pertenecen a una clase social media pobre, formada por pequeño productor comerciante y artesanos, así como a la clase de obreros, son los más satisfechos con el PIR, mientras los estudiantes que muestran el modo de vida 2 tienen los niveles de satisfacción más bajos.

Tabla 37.

Nivel de satisfacción según hospital del PIR de la ESPOCH

Hospital *	Nivel de Satisfacción							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Hospital General Riobamba	11	35,5%	14	45,2%	6	19,4%	31	100%
IESS Latacunga	9	69,2%	4	30,8%	0	0,0%	13	100%
Hospital General Latacunga	10	35,7%	18	64,3%	0	0,0%	28	100%
Hospital General Puyo	2	8,7%	21	91,3%	0	0,0%	23	100%
Hospital José María Velasco Ibarra	7	31,8%	11	50,0%	4	18,2%	22	100%
Total	39	33,3%	68	58,1%	10	8,5%	117	100%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel ,05.

Existe un nivel de insatisfacción con el PIR considerable en la mayoría de hospitales donde se desarrollan las pasantías obligatorias, relacionadas con lo asistencial y la aplicación de conocimientos, destrezas y habilidades, que forjan la conducta y actitud del estudiante en el entorno de la salud positivista. Esta insatisfacción se hace más evidente en el IESS Latacunga, donde el nivel de satisfacción baja es bastante considerable dentro de la muestra evaluada, (69%). De otro lado, solamente el Hospital General Riobamba y el Hospital José María Velasco Ibarra, reciben calificación de nivel alto de satisfacción (19%, 18% respectivamente).

Tabla 38.
Nivel de satisfacción vs calidad de vida de los y las estudiantes del PIR de la ESPOCH

		Nivel de Satisfacción							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		n=39	%	n=68	%	n=10	%	n=117	%
Fuente económica *	Sueldo empleado del sector privado	8	47,1%	7	41,2%	2	11,8%	17	100%
	Sueldo empleado del sector público	16	51,6%	11	35,5%	4	12,9%	31	100%
	Sueldo obrero o no jornalero	6	27,3%	12	54,5%	4	18,2%	22	100%
	Sueldo trabajador del campo	4	15,4%	22	84,6%	0	0,0%	26	100%
	Ganancia del negocio propio(artesano emprendedor)	5	23,8%	16	76,2%	0	0,0%	21	100%
	Ingresos mensuales del hogar								
	Menos de 200 dólares	5	20,0%	17	68,0%	3	12,0%	25	100%
	de 201 a 400 dólares	27	37,0%	41	56,2%	5	6,8%	73	100%
	Más de 400 dólares	7	36,8%	10	52,6%	2	10,5%	19	100%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel ,05.

Existen diferencias en los niveles de satisfacción por calidad de vida. Así los estudiantes de hogares que tienen como fuente principal de mantenimiento del hogar el sueldo como empleado del sector privado y público, de los principales responsables económicos están más inconformes con el PIR, a diferencia de las otras capas de status social que tienden a presentar satisfacción mediana a alta.

Esto va de la mano el nivel de satisfacción según el nivel de ingresos, los estudiantes que pertenecen a hogares con ingresos inferiores al salario mínimo vital, presentan los menores niveles de insatisfacción, mientras las franjas con ingresos alrededor del mínimo y superior, son más críticos respecto a las condiciones del PIR, mostrando más insatisfacción.

Tabla 39.

Nivel de satisfacción vs participación en organización social de los y las estudiantes del PIR de la ESPOCH

		Nivel de Satisfacción							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		n=39	%	n=68	%	%	n=117	%	
		n=10							
Participación en organización social	Organización laboral	4	80,0%	1	20,0%	0	0,0%	5	100%
	Otras formas de organización	3	37,5%	5	62,5%	0	0,0%	8	100%
	Ninguna	32	30,8%	62	59,6%	10	9,6%	104	100%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

El nivel de satisfacción es similar en los estudiantes tengan o no participación en organizaciones sociales sin embargo cabe denotar que el nivel más bajo de satisfacción se presenta entre los estudiantes que participan en organizaciones laborales. Debido al

pequeño número de estudiantes que participan en alguna forma, los porcentajes en estos grupos debe ser tomado como tendencias, sin generalizar.

Tabla 40.

Nivel de satisfacción de los y las estudiantes del PIR de la ESPOCH según su hábito de actividad física

		Nivel de Satisfacción							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Frecuencia de actividad física	Ocasional	20	32,8%	39	63,9%	2	3,3%	61	100,0%
	Constante	19	33,9%	29	51,8%	8	14,3%	56	100,0%
	Total	39	33,3%	68	58,1%	10	8,5%	117	100,0%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

Se observa que no existe una diferencia significativa en los niveles de satisfacción según la práctica de la actividad física, como se aprecia en la tabla anterior, sin embargo, en los estudiantes que realizan alguna actividad física de manera constante, un 14% señala un nivel de satisfacción alto con el PIR, frente a apenas 3% en los y las que practican deportes o actividad física solamente de manera ocasional.

Tabla 41.

Nivel de satisfacción vs consumo de sustancias nocivas

		Nivel de Satisfacción							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Consumo de alcohol	Consumen	15	30,0%	29	58,0%	6	12,0%	50	100,0%
	No consumen	24	35,8%	39	58,2%	4	6,0%	67	100,0%
	Total	39	33,3%	68	58,1%	10	8,5%	117	100,0%
	No fuman	26	28,9%	57	63,3%	7	7,8%	90	100,0%

Hábito de fumar	Fuma o fumaba	13 48,1%	11 40,7%	3 11,1%	27 100,0%
	Total	39 33,3%	68 58,1%	10 8,5%	117 100,0%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Existe similares niveles de satisfacción tanto bajo como medio en los estudiantes que consume o no consumen sustancias psicotrópicas.

Tabla 42.

Nivel de satisfacción vs inserción social de los hogares de estudiantes del PIR de la ESPOCH

		Nivel de Satisfacción							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		n=3	%	n=6	%	n=1	%	n=11	%
		9		8		0		7	
	Pequeño comerciante	5	23,8%	16	76,2%	0	0,0%	21	100%
	Artesano	0	0,0%	2	40,0%	3	60,0%	5	100%
	Profesionales /empleados nivel directivo	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	3	100%
Inserción Social *	Técnicos y profesionales de nivel medio	15	53,6%	10	35,7%	3	10,7%	28	100%
	Administrativos u operativos/técnicos nivel auxiliar/prestadores de servicio varios	12	27,9%	29	67,4%	2	4,7%	43	100%
	Trabajador no calificado	6	35,3%	10	58,8%	1	5,9%	17	100%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel ,05.

La inserción social y el nivel de satisfacción está caracterizado por estudiantes insatisfechos en el PIR, cuya inserción social se representa por técnicos y profesionales de nivel medio. Por otra parte, en las diferentes formas de inserción social presentan tasas de satisfacción alta.

Tabla 43.

Nivel de satisfacción vs indicadores de género

		Nivel de Satisfacción							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Género	Hombre	19	54,3%	12	34,3%	4	11,4%	35	100,0%
	Mujer	20	24,4%	56	68,3%	6	7,3%	82	100,0%
	Total	39	33,3%	68	58,1%	10	8,5%	117	100,0%
Jefatura	No	27	32,5%	49	59,0%	7	8,4%	83	100,0%
femenina	Si	12	35,3%	19	55,9%	3	8,8%	34	100,0%
del hogar	Total	39	33,3%	68	58,1%	10	8,5%	117	100,0%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel ,05.

El nivel de satisfacción se presenta de manera significativamente diferente según el género. Los niveles de insatisfacción se hacen más evidentes en los estudiantes hombres (54% de baja satisfacción en hombres, 24% en mujeres). Contradictoriamente, al mismo tiempo, los estudiantes hombres presentan mayor nivel de satisfacción alta (11%) frente al mismo indicador en mujeres (7%). El pertenecer a hogares con jefatura femenina no es un diferenciador del nivel de satisfacción, como se observa en la tabla anterior.

Tabla 44.

Nivel de satisfacción vs inequidad étnica

		Nivel de Satisfacción							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		n=39	%	n=68	%	n=10	%	n=117	%
Provincia de procedencia	Chimborazo	16	29,6 %	33	61,1 %	5	9,3%	54	100%
	Tungurahua	7	29,2 %	16	66,7 %	1	4,2%	24	100%
	Pichincha	5	38,5 %	6	46,2 %	2	15,4 %	13	100%
	Cotopaxi	5	50,0 %	4	40,0 %	1	10,0 %	10	100%
	Bolívar	3	37,5 %	4	50,0 %	1	12,5 %	8	100%
	Santa Elena	3	60,0 %	2	40,0 %	0	0,0%	5	100%
	Guayas	0	0,0%	3	100%	0	0,0%	3	100%
	Total	39	33,3 %	68	58,1 %	10	8,5%	117	100%
Autoidentificación étnica	Blanca	10	35,7 %	16	57,1 %	2	7,1%	28	100%
	Mestiza	22	46,8 %	19	40,4 %	6	12,8 %	47	100%
	Indígena	5	14,3 %	28	80,0 %	2	5,7%	35	100%
	Afroecuatoriano	2	40,0 %	3	60,0 %	0	0,0%	5	100%
	Montubio	0	0,0%	2	100%	0	0,0%	2	100%
Total	39	33,3 %	68	58,1 %	10	8,5%	117	100%	

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)
Elaboración propia

Existe un nivel de insatisfacción similar del PIR en los estudiantes de las provincias más añejadas de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, es notoria esta insatisfacción de los estudiantes de las provincias de Pichincha, Cotopaxi, Bolívar, Santa Elena, Guayas, cuyas tasas de baja satisfacción son representativas en la muestra evaluada de estudiantes. Por otro lado, los estudiantes de la provincia de Chimborazo presentan las mayores tasas de satisfacción alta.

9. La triple Inequidad

Las propuestas actuales de estudio de la salud colectiva, de manera adicional a la determinación social, han tenido un vuelco en los últimos años. A finales del siglo anterior se consideraba a la categoría clase social como la herramienta determinante del análisis epidemiológico; recientemente se ha decidido, teniendo en cuenta el peso que tienen sobre la inequidad, incluir dos nuevas categorías, relacionadas con la etnia y género, los cuales, en unión de la clase social, son capaces de explicar la estructura de las fuerzas de poder de la sociedad. (Breilh 2013, 21).

Las relaciones de clase social: son relaciones donde prima el poder económico, que a su vez es el que determina el acceso a las distintas formas de poder. Se describen varios factores que son determinantes al definir el rango de clase social donde se encuentran inmersos. Por otra parte, las relaciones étnicas: se refiere a la combinación de rasgo biológico ancestral heredado o transmitido de generación a generación y la conformación de los rasgos culturales que lo definen en relación al medio social donde se desempeña como ser humano. Y las relaciones de género se engloban en las construcciones culturales que surgen históricamente debido a las diferencias biológicas y sexuales entre hombres y mujeres. En este contexto los análisis de las encuestas arrojaron el siguiente resultado, presentado en la tabla siguiente que reúne el análisis del nivel de satisfacción con el PIR, según género, etnia y clase.

Tabla 45.

Nivel de satisfacción según indicadores de inequidad

		Nivel de Satisfacción							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%

Género*	Hombre	19	54,3 %	12	34,3 %	4	11,4 %	35	100%
	Mujer	20	24,4 %	56	68,3 %	6	7,3%	82	100%
Auto identificación étnica*	Blanca	10	35,7 %	16	57,1 %	2	7,1%	28	100%
	Mestiza	22	46,8 %	19	40,4 %	6	12,8 %	47	100%
	Indígena	5	14,3 %	28	80,0 %	2	5,7%	35	100%
	Afroecuatoriano	2	40,0 %	3	60,0 %	0	0,0%	5	100%
	Montubio	0	0,0%	2	100%	0	0,0%	2	100%
Clase social	Pequeño productor comerciante o artesano	5	19,2 %	18	69,2 %	3	11,5 %	26	100,0 %
	Capa de profesionales o técnicos	16	51,6 %	11	35,5 %	4	12,9 %	31	100,0 %
	Capa de administrativos y técnicos auxiliares	12	27,9 %	29	67,4 %	2	4,7%	43	100,0 %
	Clase de obreros y trabajadores no calificados	6	35,3 %	10	58,8 %	1	5,9%	17	100,0 %
	Total	39	33,3 %	68	58,1 %	10	8,5%	117	100,0 %

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel ,05.

Existe mayor nivel de insatisfacción en los estudiantes indígenas seguido de los estudiantes mestizos y blancos. Las relaciones de clase social también están relacionadas con el nivel de satisfacción. Las clases sociales pequeño productor comerciante, y administrativos y técnicos presentan las tasas más altas de satisfacción moderada. Las

Clase de obreros y trabajadores no calificados	2	11,8%	14	82,4%	1	5,9%	17	100,0%
Total	22	18,8%	86	73,5%	9	7,7%	117	100,0%

Fuente: Encuesta Determinación Social. ESPOCH (2018)

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Existe mayor nivel de estrés en los estudiantes mestizos (3,4%) seguido de los estudiantes blancos (2,6%). Las clases sociales media pobre, pequeño productor comerciante, Obreros, Sub-asalariado presentan las tasas más altas de estrés severo. Las mujeres tienen la más alta tasa de estrés severo con respecto a los hombres.

Lo expresado anteriormente da a entender que existe un espacio de lucha en el que las inequidades por clase social se suman a las concebidas por el patriarcado, que se expresan en discriminación de género, etnia y clase social cuya ruptura del equilibrio se manifiesta en la insatisfacción del modelo implementado en el PIR, y que conlleva a la afectación de la salud de los estudiantes del PIR.

10. Matriz de Procesos Críticos

Desde el punto de vista de la epidemiología crítica, en este apartado la tarea es efectuar un análisis epidemiológico sobre los procesos protectores y los destructivos en todos los dominios y órdenes de la Determinación Social de la Salud, sistematizando todo el conjunto de fuerzas que componen e interactúan entre dimensiones y órdenes de la DSS. En definitiva, el perfil de la determinación social proporciona un aporte importante para entender la complejidad del modelo médico hegemónico en salud en el programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo que se establece dentro de una compleja contradictoria y dinámica trama que relaciona lo individual y lo colectivo de la DSS tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 47.
Matriz de Procesos Críticos de la Determinación Social

Dominio/orden	Educación		Político		Sociedad	
	Proceso Protector	Proceso Destructivo	Proceso Protector	Proceso Destructivo	Proceso Protector	Proceso Destructivo
General	<p>Importancia durante la formación académica con el denominador común que el Médico (formado posea conocimiento integral del espacio cultural en el que ejerce su profesión)</p> <p>Criterios técnicos y</p>	<p>Ritmo acelerado del desarrollo de la sociedad moderna y la generación constante de nuevos conocimientos mercantilista en el sector salud.</p> <p>Proceso enseñanza – aprendizaje</p>	<p>Tendencia del pensamiento pedagógico proyectado a la formación con políticas de pronunciamiento e instituciones relacionados con la fundamentación teórica</p> <p>Adecuación de la malla curricular general para el PIR, bajo el contexto de las relaciones sociales multidimensionalmente</p>	<p>Normativas vigentes en la formación Médica</p> <p>Proceso socialmente determinado por el biologismo y mercantilismo medico</p> <p>Malla curricular</p>	<p>Diseño e implementación de estrategias para la formación médica como parte de la gestión de la docencia en relación a los procesos productivos caracterizado por la aplicación de</p>	<p>Expansión biomédica positivista</p> <p>Polinización del entorno sobre el concepto de medicina social-vs-medicina biológica</p> <p>Resultado sistemáticos de indicadores estadísticos</p>

	<p>político-administrativos de la ESPOCH, del bienestar psico-social del estudiante</p> <p>Gestión institucional para la implementación en el internado rotativo, de los profesionales con conocimiento de la medicina social en las mallas académicas</p>	<p>biologista implementado en la formación médica en Chimborazo.</p> <p>Cambio en el contexto internacional determinado por la modernización estructural y curricular, por la diversificación cultural</p>	<p>con antecedentes teóricos y metodológicos.</p>	<p>territorialidad generalizada.</p>	<p>los factores implicados</p> <p>Promover una personalidad éntrelas expectativas y percepciones del estudiante con el entorno a ejercer</p>	
--	--	--	---	--------------------------------------	--	--

Particular	<p>Comunicación y conexión entre educandos y estudiantes</p> <p>Acompañar al estudiante a comprender el devenir de la historia desde el carácter socio-histórico del concepto de ayuda social</p>	<p>Manifestación congruente entre perspectivas ideológicas políticas y pedagógicas sobre la organización del proceso educativo</p>	<p>Creciente masificación y apertura de escuelas de medicina, en cual abordan el enfoque biologicista de la medicina siguiendo el Modelo Médico Hegemónico flexneriano</p> <p>Erradicación de las desigualdades, en los establecimientos de educación superior, bajo una base democrática equitativa para el desarrollo sistémico de la formación Médica.</p>	<p>Proyecto político general vigente en la sociedad vs proyecto educativo, bajo expresiones de los paradigmas pedagógico, psicológico, social y filosófico de la determinación social de la salud</p>	<p>Baja irritabilidad y e impulsividad</p> <p>Tener habilidad para solucionar conflictos</p> <p>Capacidad de comunicación</p>	<p>La preocupación por garantizar la calidad educativa para la ACREDITACIÓN UNIVERSITARIA</p> <p>Evaluación de la calidad educativa por el CACES</p>
------------	---	--	---	---	---	--

Individual	Garantizar un ambiente saludable estudio/prácticas	Repetición y deserción del estudiante Nivel socio económico.	Modelo general de lo que debe saber el Médico General considerado como un profesional de primer nivel Decisor para definir cómo y cuándo emplear tecnología sin importancia de la ÉTICA MÉDICA	No alcanzar reconocimiento social ni cubrir sus expectativas individuales como profesional.	Fomentar una orientación pro social Tener una visión de médico social a futuro Estar socialmente competente	Inadecuada inserción a grupo de trabajo hospitalario Desigualdad social Adaptabilidad Universidad – Hospital. Bajo rendimiento académico y poco tiempo de dedicación al estudio
------------	--	---	---	---	---	--

Elaboración propia

Discusión, conclusiones y recomendaciones sobre el modelo médico hegemónico en el programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo desde el enfoque de la Determinación Social de la Salud

1. Discusión

Este estudio me permitió evidenciar sobre el sistema educativo de la formación de talento humano en salud, actividad netamente práctica y sesgada dentro de una aula universitaria, la cual conlleva, a modificaciones en la conducta que cumplen la perspectiva universitaria de ser individualmente satisfactoria y socialmente aceptable, al llegar con un producto de expansión médica, debido a las orientaciones dominantes de la BIOMEDICINA, llegando con capacidades para demostrar como eficiencia la reducción en las cifras epidemiológica y matemáticamente establecidas e irremplazables, como dominio del modelo médico hegemónico, de los mecanismos psico-pedagógicos, que intervienen en el procesos enseñanza aprendizaje, lo que apuesto al educando, a replicar una hegemonía, del quehacer médico, en el cual se basa su formación, limitando su conocimiento sobre el espacio geográfico en el cual se desenvuelven, lo que le transporta a una falta de coherencia de los modos de vida que esta población pasa por la crisis gubernamentales de las políticas del estado que no consideran el medio ambiente que gesta la génesis de la vida, para implementar políticas de salud, según la jurisdicción territorial, en el cual se ve fortalecida las especialidades y subespecialidades médicas, viéndole al ser humano en divisiones por regiones, sistemas y órganos.

Este desvío que opta la sociedad educativa medica replica en el estudiante un pensamiento de acumulación de poder y de seres supremos. En el cual involuntariamente el estudiante profesional se centra en analizarle y diagnosticarle e imponer el tratamiento a la región, sistema, u órgano olvidándose así del contexto social y el cual este ser humano nació, creció y se reprodujo.

Un estudio realizado en Universidad Nacional de la Plata (UNLP) en el cual se pretendió observar el especial desarrollo que ha alcanzado la medicina moderna y la peculiar forma de ejercerla, determinó que el *Modelo Médico Hegemónico*, es un complejo entramado de prácticas y saberes que tiene que ver con las corporaciones que, con la vigencia del mismo se benefician originando en un particular perfil de médico, que es el que egresa el profesional médico de la universidad UNLP. El estudio concluyó que es necesario proponer un nuevo modelo médico sustitutivo que supere las limitaciones del modelo médico actual, que permita articular las dimensiones médicas, ética, jurídica y socio-histórica, de modo que responda a los cambios de

la sociedad, ajustando sus planes a las necesidades que ésta plantea implicando despertar conciencia no sólo en las facultades formadoras de médicos sino en la sociedad en general, respecto al conflicto enunciado relacionado con el modelo médico tradicional y las nuevas circunstancias a las que se enfrenta la Medicina. (Vetere 2006)

La puesta en marcha de transformaciones en el medio de la salud, cuya capacidad de respuesta ha sido rebasada por las necesidades sociales ha ocasionado que la formación universitaria que se haya visto, aleja de la formación de sus egresados en las necesidades sociales, reduciendo sus posibilidades de incidir en la transformación del contexto social donde a futuro se desempeñarán. Tanto en este estudio como el realizado en la ESPOCH se ha demostrado que esta formación debe ser parte de un proceso intencionado en el que se gesten y se desarrollen los cambios sociales de manera simultánea y comprometida.

Un estudio realizado en la Universidad Nacional de Chimborazo cuyo objetivo fue determinar mediante un análisis crítico y estadístico si el modelo educativo vigente en la institución mantuvo una influencia directa en la producción de bio-conocimiento o conocimiento para la vida, concluyó que el modelo educativo no influye directamente en la producción científica general y tampoco en la generación de bio-conocimiento mencionando que se hace necesario una reforma integral del modelo educativo, ya que el mismo tiene que aterrizar en acciones que orienten la práctica educativa al entorno a lo curricular, pedagógico, didáctico y evaluativo; a fin de alcanzar la misión y visión educativas de la Universidad Nacional de Chimborazo (Barba 2018). En contraste esta investigación y la realizada en el PIR de la ESPOCH señalan que existe una brecha significativa en el sistema universitario hacia un fin social y el cumplimiento de la responsabilidad de las universidades como actores primordiales para alcanzar el Buen Vivir, en el contexto ecuatoriano que sitúa al cuidado de la vida como sustancial y a la educación como condición para alcanzar los fines sociales.

2. Conclusiones

De los rasgos del modelo médico hegemónico presente en la formación médica y el PIR de la ESPOCH

La formación de profesionales dentro del modelo médico hegemónico presente en la formación médica de la ESPOCH induce un rasgo biologista en la formación que reproduce médicos alejado de la comunidad, con tendencia a dedicarse pasivamente a la atención de aquellos casos que vienen a él. Se refleja en la formación exaltando los aspectos referentes a la atención/curación, es decir abordando el problema, en este caso, la enfermedad, cuando la misma se encuentra declarada. Se nota desde el punto de vista social, la ausencia de una base epidemiológica real en los planes de estudios, lo cual se advierte en los contenidos de los programas que tienen una fuerte influencia de los avances científicos tecnológicos más que de las necesidades sociales.

La expresión del individualismo se ha incrustado en la formación médica afectando a todos sus participantes (estudiantes, docentes, sociedad) que los ha llevado hacia un sistema que asigna al individuo la responsabilidad de su propia salud, y no a la sociedad ni al Estado. No existen acciones concretas en la ESPOCH acerca de la formación académica y menos aún en el programa de internado rotativo de la Escuela que considere a la enfermedad, como procesos complejos que identifiquen procesos protectores ni individuales y sociales. Se prioriza el análisis de los factores de riesgo que tienen que ver con procesos biológicos como son la presencia de otras afecciones.

Existe un proceso de apropiación y hegemonía de la medicina autoproclamada científica, impuesta como la forma más correcta y eficaz de ejercer esta actividad y de atender el proceso salud/enfermedad que se reproduce en la ESPOCH en las que los estudiantes, teóricamente, se va acercando cada vez más a lo que será su escenario profesional desde el modelo Flexner, marcado por el biologicismo y el positivismo.

La globalización económica y cultural, ha consolidado el modelo médico hegemónico como paradigma de la razón educativa la cual, se desenvuelve en un mercado capitalista de consumo, influenciado por interés individuales que sobresalen ante los intereses colectivos.

De la expresión del MMH en el PIR

El MMH se encuentra profundamente arraigado en el PIR, entorno a esto la investigación evidencio que tanto docentes como estudiantes concuerdan que no se realiza un adecuado abordaje de los elementos sociales del proceso salud enfermedad en las actividades docentes teóricas o prácticas y que el equilibrio entre los distintos niveles de atención no es el

correcto, ya que no se retroalimenta al primer nivel de atención de forma correcta y sistemática de la enfermedad y abordaje terapéutico del paciente.

Con respecto a la cantidad de horas dedicadas a actividades de prácticas y trabajo comunitario, la encuesta y las entrevistas realizadas determinaron que se hace inminente una reorganización de horas priorizando un mayor número de horas académicas para trabajo comunitario porque se evidencio que durante la realización del PIR, solamente 11 semanas, del total de 56 semanas lectivas, se dedican a trabajo comunitario; el resto del horario docente se realiza dentro de unidades asistenciales del segundo nivel de atención.

Por otro lado, la carrera de medicina cuenta con una enorme acumulación de horas docentes durante los 12 semestres de su duración, sin embargo, la gran mayoría de ellas se realiza teniendo al aula como escenario docente o, últimamente, los laboratorios de simulación que no están siendo efectivas y no benefician la formación del profesional de la salud en base a conocimiento, accionar médico y estrategia de enfrentamiento en correspondencia con la Determinación Social de la Salud. Esta situación ha limitado considerablemente el intercambio del futuro profesional con el paciente real, obstaculizando la visión de la incidencia de los problemas sociales en el proceso salud enfermedad e imposibilitando ir creando en los estudiantes una concepción médica que se base en la experticia en la Determinación Social de los problemas relacionados con la salud humana.

Así también la malla curricular no contempla escenarios en que las actividades asistenciales en hospitales y demás centros de asistencia se haga hincapié en investigar por como son las condiciones ambientales, climatológicas y demás concisiones sociales y su posible influencia sobre el estado de salud actual. La malla lastimosamente todavía forja el carácter social de la medicina contemporánea que tiene en su centro los problemas sociales como elemento generados de la descompensación física y psicológica.

Se hace evidente la necesidad de realizar un abordaje más profundo de los elementos sociales dentro de las actividades del PIR, donde se priorice la atención hospitalaria por sobre la atención familiar al paciente de una forma integral de formación que alcance un mejor nivel de profesionalismo médico.

Los estudiantes del PIR presentan un bajo nivel de pertinencia para abordar elementos importantes del proceso de atención integral de salud, una posible explicación a esta problemática se encuentra en el escaso número de horas prácticas en relación a horas teóricas, en la disminución de horas de trabajo comunitario, la sustitución de las actividades prácticas tradicionales por otro tipo de modalidad que no incluye la presencia de pacientes reales; el poca, escaso o nulo intercambio directo con el paciente; el poco hincapié que realizan los docentes

de los aspectos sociales y el marcado camino biologicista del modelo médico imperante actualmente. Esto ha hecho evidente la necesidad de que exista una mayor preparación por parte de los docentes el abordaje social, además de que refuercen este tipo de componente en todas las actividades que se realice.

Es por esto, que teniendo en cuenta la presencia de estas dificultades, los estudiantes se sienten inseguros a la hora de abordar el componente social de cualquier enfermedad que se presenta. De ahí su pedido casi unánime de modificar los esquemas actuales por otros que incluyan mayor número de horas dedicadas a actividades comunitarias y sociales, que exista un mayor énfasis por parte de los docentes en estos aspectos y que se facilite su intercambio con el paciente en la comunidad, sitio donde se generan el mayor porcentaje de enfermedades que aquejan actualmente a la población.

Es necesario que los docentes ejerzan una labor educativa no solo en la formación profesional de los estudiantes, sino también en su formación conductual hacia la generación de nuevos hábitos y estilos de vida; pero que la vez los mismos sean amigables con la salud; de esta forma se hace hincapié en parte de los objetivos de la EC que es la prevención de enfermedades en relación a la presencia de hábitos y estilos de vida saludables.

Por otra parte, no se le da la atención necesaria a las situaciones sociales que pueden generar el proceso salud enfermedad y que son los que en los que se puede actuar para modificar y lograr entonces cambios sustentables relacionados con la promoción de salud.

Por su parte los directivos de salud y de la docencia un universitario se ha ajustado Trastocando a la realidad del medio social que rodea a ámbito de la educación sin embargo se encuentran inmerso todavía en el pensamiento mercantilista en la población y en quienes ejercen la profesión médica al considerar los grandes avances tecnológicos de la salud como indispensables para poder resolver las enfermedades.

De las consecuencias en los estudiantes según los grupos sociales que están representados en el PIR

Al analizar los resultados descriptivos generales, el estudio concluye que la muestra evaluada es representada por estudiantes adultos jóvenes mayoritariamente mujeres (70,1%) se destaca que la mayoría de estudiantes provienen de las provincias de Chimborazo y Tungurahua sin embargo existen estudiantes de otras provincias donde prevalece la provincia de Pichincha con el 11%, en menor porcentajes se encuentran las provincia de Bolívar, Santa Elena, Guayas; este resultado evidencia la preferencia de los jóvenes bachilleres por ingresar a carreras relacionadas con el campo de la salud en la ESPOCH. Esta preferencia se encuentra basada en

los resultados de años anteriores en relación a los exámenes de habilitación profesional, cuyos resultados descansan en el claustro de profesores con que cuenta esta casa de La mayoría (6 de cada 10) estudiantes del PIR se encuentran en edades de 26 a 30 años de edad, siendo menor las franjas entre 23 a 25 años y de 31 a 35 años de edad. Esto nos indica un perfil de estudiantes con al menos 3 años de desfase, pues según los años de estudio y de grado de bachiller deberían estar en la franja de 23 a 25 años en su mayoría. Llama la atención también que 7 de cada 10 estudiantes son mujeres.

Los estudiantes que asisten al PIR en su mayoría (4 de cada 10) se auto-identifican con etnia mestiza sin embargo existe un importante segmento de auto-identificación indígena (29,9%) en proporción casi igual al grupo que se auto-identifica étnicamente como blanca (23,9%). Llama la atención este último dato, que evidencia un proceso de aculturación de blanqueamiento, que podría ser analizado más a fondo en otras investigaciones cualitativas, etnográficas, pero que podrían estar relacionadas con el estereotipo del “médico exitoso” fenotipo blanco.

La mayoría de estudiantes del PIR presenta un hogar donde el ingreso económico promedio está entre 201 y 400 dólares, es decir, alrededor a un salario básico general unificado. Lo que les coloca en un estrato de ingresos medio a bajo, sin embargo 1 de cada 5 estudiantes en sus hogares presentan ingresos menores a este valor, lo que los colocaría en una fracción de sub-asalariados, mientras un grupo detenta ingresos de más de 400 dólares.

Entorno a la etnia se podría mencionar que los resultados refleja las características de una población mestiza e indígena como es la provincia de Chimborazo que cuenta con un importante número de población indígena o descendiente de ella, por lo que alcanzar tales porcentajes de representatividad en estudios terminales de la carrera de medicina constituye un reflejo de la política de salud y educacional del Ecuador de dar oportunidades a todos por igual, priorizando las clases más desprotegidas. Además de que incentiva a que otros jóvenes indígenas marquen su desarrollo profesional en el futuro hacia las ciencias médicas.

Por otra parte, el análisis de la inserción social relacionada con los estudiantes del PIR evidencia que la mayoría de ellos mantiene su ingreso económico a través de su padre, que tiene un nivel de educación secundario o universitario, en menor porcentaje lo hacen mediante la madre o la ayuda de ambos progenitores. La mayoría de estudiantes del PIR presenta un hogar donde el principal ingreso económico está entre 201 y 400 dólares, por el tipo de fuente que desempeñan sus representantes que en la mayoría son profesional o técnico, empleados públicos titulados (profesional o técnico). En menor porcentaje se encuentran insertos los empleados de empresa particular no titulado, artesano, comerciante propietario de pequeño negocio y obrero.

Los cuales poseen medios de producción como herramientas (79,5%) y terrenos (19,7%), mercaderías e insumos. Concluyendo que una proporción importante de responsables económicos de los estudiantes en el PIR trabajan en relación de dependencia a raves de cargos administrativos u operativos/técnicos, así como técnicos profesionales, empleados a nivel directivo. Sin embargo, también existe la presencia de artesanos o trabajador no calificados dentro de las características de inserción social de los estudiantes del PIR.

Estos rasgos seguramente se deben a que la carrera de medicina se ha caracterizado por ser siempre sacrificada, de alto valor de altruismo y dedicación, sobre todo en los años finales donde se deben consolidar los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas. De ahí que el tener que dedicarse a una actividad distinta al estudio puede significar una distracción o una limitante a realizar la actividad fundamental, llevando a los representantes a tener que solventar a sus hijos para que no tengan que poner en peligro su formación y progreso como estudiantes de la carrera de medicina. Más aun con los estudiantes que vienen de otras provincias (Bolívar, Santa Elena, Guayas) que a más de tener gastos inherentes al proceso educativo (materiales, uniformes, equipamiento, etc) necesitan también gastos logísticos (transporte, alimentación, alquiler de departamento y otros). Esto evidencia que los padres siguen jugando un papel fundamental en la formación básica y profesional de sus hijos.

En este contexto el perfil de clase de los hogares del PIR de la ESPOCH es de capas medias, expresadas en cargos administrativos u operativos/técnicos, técnicos profesionales, con o sin relación de dependencia. Uno de cada 7 estudiantes pertenece a hogares proletarios (trabajadores no especializados) Por otra parte, también uno de cada 5 hogares de estudiantes del PIR pertenecen a la fracción de productores comerciantes o artesanos.

En contraste la relación con la participación en espacios de organización y decisión, la participación es muy baja, cerca de 9 de cada 10 menciona que no pertenece a ninguna organización social, ni laboral ni de otro tipo. Sin embargo, en los que sí pertenecen se observan mayores tasas de asistencia a organizaciones que no sean de ámbitos laborales como organizaciones deportivas, o clubs de estudiantes.

Concibiendo la participación en espacios de organización y decisión, el estudio concluye que muy pocos estudiantes (11%), participan o se organizan, particularmente los que participan lo hacen dentro de club deportivos donde se práctica algún deporte que comúnmente es el Fútbol seguido del Gimnasio, Voleibol y Basquetbol. de manera ocasional o alguna vez en 15 días o al mes, por parte de los estudiantes del PIR.

Por otra parte el ejercicio realizado en el estudio determinó modos de vida similares de los estudiantes del PIR los cuales se relacionaron con el nivel de satisfacción y estrés,

permitiendo concluir de existe una diferencia de niveles de satisfacción entre modos de vida encontrados en los estudiantes del PIR bajo el MMH, dentro del modo de vida 3 se encuentran los estudiantes más insatisfecho, caracterizados por ser quienes viene de una provincia lejana al lugar de residencia de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, participa o no en alguna organización social, son tanto casados como solteros, consume o no alguna sustancia psicotrópica, practica o no actividad física y pertenecen a una clase social media pobre, pequeño productor comerciante u obrero. Integrando se evidencia que en la mayoría de modos de vida identificados se encuentran tasas considerables de satisfacción media.

Uno de los espacios importantes para identificar los modos de vida es el de la construcción de la consciencia y el conocimiento sobre el problema de interés, en este caso, el modelo médico hegemónico en el PIR de la ESPOCH. Un indicador de este proceso es el nivel de acuerdo que los y las estudiantes tienen sobre distintos criterios en relación al proceso educativo del internado rotativo. Tomando en cuenta la inserción social el estudio evidencia que hay diferencias en los niveles de satisfacción por calidad de vida donde los estudiantes con como Sueldo Cómo empleado del sector privado o sueldo cómo empleado del sector público están más inconformes, conllevando la presencia de ingresos inferiores al salario mínimo vital, estas características han llevado a un nivel de satisfacción moderado entorno a localidad de vida. La inserción social y el nivel de satisfacción está caracterizado por estudiantes insatisfechos que tienen como principales responsables económicos a profesionales /empleados nivel directivo, técnicos y profesionales de nivel medio o trabajador no calificado.

El estudio ha evidenciado que existe una diferencia en los niveles de satisfacción por los deportes que practica el estudiante del PIR de manera poco frecuente además que consumen o no sustancias psicotrópicas. Se denota que los no fumadores expresan más insatisfacción que los estudiantes que presentan algún vicio en el PIR. El nivel de insatisfacción se hace evidente en las mujeres y se hace más notoria cuando las estudiantes presentan una jefatura femenina del hogar. Con respecto a las provincias de residencia, se determina que los estudiantes de las provincias más añejadas (Bolívar, Santa Elena, Guayas) de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, están más insatisfechos.

Por otra parte, se concluye que el nivel de estrés más representativo dentro del rango severo que se encuentra también en los estudiantes pertenecientes al modo de vida 3. En la mayoría de los modos de vida identificados existe estrés moderado. Los estudiantes menos estresados son los que encajan en el modo de vida 1 que son estudiantes de una provincia cercana, casados o solteros, consume o no alguna sustancia psicotrópica, practica o no actividad física y pertenecen a una clase social media pudiente o media pobre.

Adentrándose a las razones del nivel de satisfacción de los estudiantes del PIR bajo el modelo médico hegemónico la mayoría de estudiantes contestó estar Ni de acuerdo ni en desacuerdo con las preguntas planteadas en este bloque de la encuesta. A razón de los estudiantes el estudio evidenció a que la insatisfacción se debe a la existencia de un adecuado abordaje de los elementos sociales del proceso salud-enfermedad en los sílabos y contenidos de la malla curricular, la distribución académica de la malla curricular las horas de PIR en relación a las especialidades, asignación de actividades prácticas para solventar las necesidades de los elementos sociales del proceso salud-enfermedad. La insatisfacción de los estudiantes del PIR, evidenció niveles bajos (33%) y medios (58%) al MMH en el PIR. Con respecto al sexo el nivel de satisfacción de las mujeres es un poco mayor que el nivel de satisfacción de los hombres.

Adentrándose a los factores estresantes el estudio determinó que la sensación de inestabilidad en los PIR o la preocupación de perder la carrera, así como el exceso de responsabilidad en el PIR que ocasiona un nivel de estrés importante en los estudiantes. El factor doméstico no es un factor estresante considerable dentro del PIR. La inseguridad en el sector donde residen, así como espacios con características adversas que no favorecen el descanso de los estudiantes, problemas de transporte o congestión donde reside el estudiante, así como condiciones de contaminación, ruido excesivo alrededor del barrio de residencia, son factores importantes que causan estrés a los estudiantes. Así como la pérdida afectiva, sufrimiento moral o físico producen estrés. Estos factores han conllevado a la presencia de niveles de estrés moderado (73,5%) en el programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Por otra parte, también hay la presencia de estrés severo en los estudiantes del PIR en un porcentaje del 7,7%. Entorno al sexo se concluye que existe niveles de estrés similares en los hombres que bordean los niveles moderado y bajo, mientras que en las mujeres predomina el nivel moderado de estrés.

Por otra parte, existe un nivel de estrés moderado en todos los hospitales donde acuden los estudiantes para realizar el PIR, sin embargo, también existe casos particulares de hospitales como el Hospital General Latacunga y Hospital José María Velasco Ibarra donde se evidencia porcentajes de niveles de estrés severo. A esto se suma la existencia de estrés severo en los estudiantes que manifestaron al principal responsable como: artesano, comerciante propietario de pequeño negocio y estrés moderado en estudiantes que señalaron al principal responsable económico como: profesional o técnico que ejerce independientemente o empleado público titulado (profesional o técnico) evidencian niveles de estrés moderado considerable. Mientras que los estudiantes con menos estrés corresponden a progenitores con ocupación referente a empleados públicos o empleado de empresa particular no titulado. El nivel moderado de estrés

más representativo se encuentra en los estudiantes que disponen de la ayuda de su responsable económico que se sustenta con el sueldo de trabajador del campo, así como también de la ganancia de negocio propio (artesano emprendedor). Llevando a determinar que, a nivel de inserción social, en los Pequeños comerciantes, artesano, profesionales /empleados nivel directivo, técnicos y profesionales de nivel medio es más frecuente el estrés. En estos segmentos existe considerables niveles de estrés severo, mientras que en administrativos u operativos/técnicos nivel auxiliar/prestadores de servicio varios se observan niveles de estrés bajos.

Por otro lado, es evidente la presencia de estrés moderado en los estudiantes que se dedican a cualquier actividad física fuman o consumen alcohol y no participan en espacios sociales. Esto se hace común tanto en hombres como en mujeres, pero el estrés aqueja más a las mujeres cuando existe la Jefatura femenina del hogar.

En relación a las provincias de procedencia se evidencia que los estudiantes de las provincias de Chimborazo, Cotopaxi y Santa Elena están más estresados conllevando a que los estudiantes que se auto identifican como mestizo presenten niveles de estrés severo. Existe un nivel de insatisfacción del PIR bajo el MMH considerable en la mayoría de hospitales donde se desarrollan las pasantías obligatorias, relacionadas con lo asistencial y la aplicación de conocimientos, destrezas y habilidades, esta insatisfacción se hace más evidente en hospitales como: Hospital General Riobamba, IESS Latacunga, Hospital General Latacunga esto sucede paralelamente en estudiantes donde la inserción social está caracterizada por artesanos, comerciante propietario de pequeño negocio u obrero o trabajador manual de empresa no propia.

Introduciendo la triple inequidad el estudio concluye que existe mayor nivel de insatisfacción en los estudiantes indígenas seguido de los estudiantes mestizos y blancos. Las clases sociales Pequeño productor Comerciante, Obreros, Subasalariado presentan las tasas más altas de satisfacción moderada. Las mujeres tienen la más alta tasa de insatisfacción porque su percepción de satisfacción entorno al PIR es baja con respecto a los hombres. Las relaciones de clase social también están relacionadas con el nivel de satisfacción donde los estudiantes pertenecientes a la Capa media pobre, Pequeño productor Comerciante, u obreros que están más estresados a referencia de estudiantes pertenecientes a capa pudiente. Por otra parte, las relaciones étnicas están ligadas al nivel de satisfacción, así como las relaciones de género que han marcado una insatisfacción del modelo implementado en el PIR.

Existe mayor nivel de estrés en los estudiantes hombres o mujeres mestizos con clases sociales media pobre, pequeño productor comerciante, Obreros, Subasalariado, todo lo

expresado en torno a la triple inequidad ha denotado que las inequidades por clase social se suman a las concebidas por el patriarcado, que se expresan en discriminación de género, etnia y clase social cuya ruptura se manifiesta en la insatisfacción del modelo implementado en el PIR y que conlleva a la afectación de la salud de los estudiantes del PIR.

Del dominio particular e individual

La investigación presenta hallazgos concluyentes que determinan realidades, que conllevan a indicar que las condiciones biológicas en este caso de los estudiantes del PIR están subsumidas en las realidades históricas y contextuales del modelo médico hegemónico en salud en el programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, los modos de vida se encuentran vinculados y a la vez determinan los estilos de vida de los/as estudiantes y su comportamiento posterior en la sociedad; aunque existen muchos factores que modifican el binomio modo-estilo de vida, siempre estos están a la vigencia de aspectos etimológicos y fisiopatológicos de la dimensión general.

En relación al orden económico, las tendencias mundiales del capitalismo neoliberal que determinan la orientación en las políticas económicas ecuatorianas, que están íntimamente relacionadas al modelo médico hegemónico así como la mercantilización de la educación, el monopolio de la salud, propias del sistema económico adoptado por el Ecuador son procesos críticos destructivos en la dimensión general, que tienen impacto sobre los procesos críticos de los niveles particular y singular de la determinación social del modelo médico hegemónico en salud en el programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

En cuanto al orden político, la crisis de Estado, la reforma en la educación con fines políticos, constituyen fuerzas que restringen y perpetúan la inequidad social, la respuesta institucional, que va desde el gobierno central, hasta las administraciones zonales y las entidades de educación pública, sumado a la vulnerabilidad de las provincias de residencia y permanencia de los estudiantes han promovido situaciones críticas que dificultan la efectividad del programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

En el orden cultural, se evidencian procesos crecientes de individualismo, que se sustenta en la ideología neoliberal, el eurocentrismo y el patriarcalismo, los cuales generan una triple inequidad (género, etnia y clase social). Las desigualdades sociales y geopolíticas en la atención de salud, el incremento de las patologías de la violencia y la modernidad, el recrudecimiento de viejas enfermedades, el alza desproporcionada de los costos médicos, la cada vez mayor exclusión de usuarios por motivos raciales y culturales, el colapso de muchos

sistemas de seguridad social, el sacrificio de la calidad en aras de la rentabilidad de la, irracionalidad médica y la forma de construcción del pensamiento que excluye el valor de lo cultural y lo social en la práctica ha hecho que los profesionales y las instituciones, dejen impasibles los significados culturales en comprensión de la complejidad de las identidades múltiples de los jóvenes de una sociedad moderna. El mestizaje cultural y la hibridación en la percepción de las amenazas de la educación en los patrones de uso de los servicios y en la retórica política ha sustituido la idea de enfermedad por la de salud, menos médica y más política, menos particular y más universal. La realidad se hace más transparente con la discriminación, la falta de equidad, y las desigualdades de acceso asociadas a variables culturales, identificarias o lingüísticas que se trastocan con el MMH que se construye en un esquema de salud dentro de un engranaje empresarial con conceptos, métodos y formas operativas de la fábrica y del mercado.

Por otra parte, los elementos relacionados con el modo de vida, dimensión particular de las Determinación Social de la Salud, se obtiene un predominio no significativo del sexo femenino sobre el masculino. A pesar de existir un antecedente histórico de superioridad abrumadora de mujeres que estudian la carrera de medicina, esta tendencia se ha ido equilibrando en los últimos años, observándose cada vez más, el ingreso a las carreras de la salud de estudiantes del sexo masculino. La profesión médica conlleva implícito un ritmo de estudio y educación en el trabajo intenso, que en la mayoría estudiantes ha producido rasgos culturales característicos que se inmergen en estilos de vida que no proporciona tiempo para realizar actividades que implique organización en espacios sociales, en los escasos momentos de óseo que tienen los universitarios, a pesar de que las actividades físicas se encuentran entre las actividades a realizar en los estudiantes que asisten al PIR la frecuencia de realización de los mismos no es la adecuada, de este planteamiento se puede entender que la actividad que se está realizando no está generando los beneficios para la salud que de ella se espera. Una posible explicación a este fenómeno seguramente es el volumen de actividades que se tiene que realizar en el PIR y que incluye hasta los fines de semana, lo que disminuye la disponibilidad de tiempo para actividades de óseo entre las que cuenta de manera significativa la realización de actividades físicas. El consumo de tabaco es uno de estilos de vida no saludable detectados en el grupo investigado, por otro lado, se describe que las personas que consumen tabaco frecuentemente experimentan cambios de conducta y carácter, sumado a que la etapa universitaria es una época de emancipación donde los adultos jóvenes experimentan una libertad de conducta que significa un riesgo para la aparición de hábitos nocivos.

3. Recomendaciones

Como parte de mi proceso de investigación es necesario recomendar acciones orientadas a generar proyectos en la ESPOCH que logren capacitar a los docentes universitarios en el abordaje de las Determinaciones Sociales de la Salud para que posteriormente esos conocimientos sean transmitidos a los estudiantes de todos los niveles de la carrera de medicina.

Despojando la idea de la biomedicina ha demostrado gran eficacia y comparando con el conjunto de formas de atención de la enfermedad que se han generado y se siguen generando. De allí que toda crítica al MMH debe partir de reconocer no solo sus aspectos negativos, sino también sus logros diferenciales, además, establecer un análisis orientado a los contenidos mínimos incluidos en los sílabos docentes, profundizando en temas que aborden socialmente el proceso salud enfermedad de forma general e individual.

Que el personal docente que está impartiendo su conocimiento a los estudiantes de las diferentes patologías y los agentes causales que lo conlleva a enfermarse, también tomar en cuenta que ese individuo tiene un entorno donde se desarrolla lo que le hace fuerte y a su vez vulnerable para cierta patología, tomando en cuenta que posee conocimientos ancestrales para enfrentar su problema e allí está la obligación de saber y poder direccionar, solventando la necesidad tanto del estudiante como la del individuo.

Que la comunicación y conexión con el estudiantes y profesor sea de mutuo respeto, de esta manera se podrá centrar y apoyar en el crecimiento en conocimiento y desarrollar las habilidades, de la misma manera se respetara el entorno que de forma el estudiante.

Adecuación de la malla curricular general para los estudiantes que van a llegar al programa del internado rotativo tomando en cuenta que en el ambiente que se pueden enfrentar durante su año de internado y para cuando ejercerán su profesión.

Acuerdos para la implementación de nuevas estrategias para la formación de los médicos con políticas acordes con la realidad en la que se va a desempeñar el medico que se encuentra en formación.

Generar ambientes acordes a la realidad de la sociedad y la formación del estudiante Sin desmerecer que hay que progresar y mejorar las estrategias para dar solución a las diferentes patologías que asechan a la población

También se recomienda crear un programa de conjunto con las unidades asistenciales que favorezca el cumplimiento de normativas establecidas como la contra referencia médica y que garanticen que se aumente el espacio actual para abordar socialmente los elementos de las distintas afecciones, cambiando el enfoque biomédico por el enfoque social de la Epidemiología Crítica.

A esto se recomienda el accionar conjunto de estudiantes, docentes y ESPOCH para implementar una transformación del programa docente que incluya los elementos relacionados con el contenido docente, el método de impartición del conocimiento, la modalidad de estudio y las horas dedicadas a cada rotación.

Por último, se sugiere extender el marco, universo y muestra de estudio primeramente a la carrera de medicina y posteriormente a otras carreras y facultades para poder tener una visión más globalizada y abarcadora del problema. Además de incorporarse a los programas implementados por el MSP del Ecuador de Determinación Social de Salud y Epidemiología Crítica, para poder dar seguimiento sistemático a este tipo de investigaciones que tiene una repercusión social importante en la población en general. Constituyendo esta investigación el incentivo inicial o estudio base para proyectos de investigación más extensos y abarcadores

Lista de Referencias

- Alcía, Charip, Daniel Borrero, Gabriel Cevallos, Marco Coral, Fernando Cornejo, y David Galarza. 2018. *Mercado farmacéutico ecuatoriano*. 1. ed. Logia. Quito: UDLA Ediciones: Universidad de las América, Facultad de Ciencias de la Salud.
- Allende, Salvador. 2006. “La Realidad Médico-Social Chilena [1939]”. *Medicina Social* 1 (3): 76–81.
- Barba, Edison Paul. 2018. “El modelo educativo de la universidad nacional de Chimborazo en la generación de bioconocimiento en el marco del Buen Vivir”. Riobamba: Universidad técnica de Ambato. <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/27449/1/Edison%20Barba%20Tamayo.pdf>.
- Barrios, Morán, y Jesús Manuel. 2017. “Educación médica”. *Nefroplus* 9 (1): 21–22.
- Breilh, Jaime. 1989. “Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social”. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3565>.
- . 1993. “Cuestionario ‘E’ (EPISTRES) para estudiar el estresamiento (Dr. Jaime Breilh): test estudiantes”. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3384>.
- . 2010a. “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano”. *Salud Colectiva* 6 (1): 83. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.359>.
- . 2010b. “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano”. *Salud Colectiva* 6 (1): 83. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.359>.
- . 2013. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31: 13–27.
- Castro Ruz Fidel. Discurso en la inauguración de la Escuela Latinoamericana de Medicina. 15 de noviembre de 1999. [Internet]. Portal Cuba.cu, Publicación digital. Categoría Política y Gobierno. [citado:7 de octubre 2014]; Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1999/esp/i151199e.html>
- CEAACES. 2010. “Modelo para la evaluación de las carreras de medicina”. 2010. http://evaluacion.esPOCH.edu.ec/joomla/images/stories/1_MODELO_MEDICINA_PRESSENTACION.pdf.
- Cevallos, Carlos Loza. 2014. “Aproximación epistemológico-metodológica, desde la complejidad, para el desarrollo integral de la persona, rearticulando la investigación, formación y vinculación””. Riobamba: Universidad nacional de Chimborazo.

- <http://www.unach.edu.ec/reglamentos/images/pdf/modeloeducativoypedagogicodelaunach2014.pdf>.
- Donoso, Benjamín, Marco Herrera, y Gabriela Aguinaga. 2004. “La Promoción de Salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica.” *Centers for Disease Control* 4 (13): 1–18.
- Dussel, Enrique D. 2010. *La producción teórica de Marx*. Caracas, Venezuela: Fundación Editorial El perro y la rana.
- EC Ministerio de Salud Pública. 2012. *Manual del modelo de atención integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. Quito, Ecuador: ISAGS.
http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
- Feo Istúriz, Oscar, Carlos Feo Acevedo, y Patricia Jiménez. 2012. “Pensamiento contrahegemónico en salud”. *Revista Cubana de Salud Pública* 38 (4): 602–14.
- Flexner, Abraham. 2002. “Medical education in the United States and Canada. From the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin Number Four, 1910.” *Bulletin of the World Health Organization* 80 (7): 594–602.
- Granda, Edmundo. 2004. “A qué llamamos salud colectiva, hoy”. *Revista Cubana de Salud Pública* 30 (2): 0–0.
- Gual, Arcadi, Jesús Millán Núñez-Cortés, Jordi Palés-Argullós, y Albert Oriol-Bosch. 2013. “Declaración de Edimburgo, ¡25 años!” *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica* 16 (4): 187–89. <https://doi.org/10.4321/S2014-98322013000600001>.
- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. 2012. “Sistema de Salud en Ecuador”. *ISAGS* (blog). 2012. <http://isags-unasur.org/es/sistema-de-salud-en-ecuador/>.
- Iriart, Celia, Howard Waitzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estrada, y Emerson Elías Merhy. 2002. “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 12 (agosto): 128–36. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000800013>.
- Lucio, Ruth, Nilhda Villacrés, y Rodrigo Henríquez. 2011. “Sistema de salud de Ecuador”. *Salud Pública de México* 53: s177–87. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000800013>.
- Márquez, Cristina. 2017. “Dos universidades dan identidad a Riobamba”. *El Comercio*. 2017. <https://www.elcomercio.com/actualidad/universidades-identidad-riobamba-ecuador-fieta.html>.

- Medina-De la Garza, Carlos E., y Martina-Christine Koschwitz. 2011. “Johann Peter Frank y La Medicina Social”. *Medicina Universitaria* 13 (52): 163–68.
- Menéndez, Eduardo L. 1998. “Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural”. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*, nº 51 (octubre): 17–22.
- . 2003. “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva* 8: 185–207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.
- . 2005. “El Modelo Médico y La Salud de Los Trabajadores”. *Salud Colectiva* 1 (1):9–32. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>.
- . 2012. “Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica”, diciembre. <http://digibug.ugr.es/handle/10481/22988>.
- . 2016. “El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud”. *Arxiu d’Etnografia de Catalunya*, nº 3 (febrero): 84. <https://doi.org/10.17345/aec3.84-119>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2014. “IV ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL ENSAB IV. Metodología y Determinación Social de la Salud Bucal. Para saber cómo estamos y saber qué hacemos - PDF”. 2014. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>.
- Moore, G. T., S. D. Block, C. B. Style, y R. Mitchell. 1994. “The Influence of the New Pathway Curriculum on Harvard Medical Students”. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 69 (12): 983–89. <https://doi.org/10.1097/00001888-199412000-00017>.
- Morales Castillo, José Daniel, y Margarita Varela Ruiz. 2015. “El debate en torno al concepto de competencias”. *Investigación en Educación Médica* 4 (13): 36–41. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(15\)72167-8](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(15)72167-8).
- Olivier, Guadalupe. 2012. “Reto de la educación superior privada en América latina: entre la expansión y la resistencia”. *IdeAs. Idées d’Amériques*, nº 2 (febrero). <https://doi.org/10.4000/ideas.382>.
- Paguay Moreno, Ángel Ramiro. 2017. “Informe de la situación actual del internado rotativo / externado voluntario”. ESPOCH.
- Paguay, Ramiro. 2017. “Informe de la situación actual del internado rotativo / externado voluntario”. *Administrativo* 28. Chimborazo: ESPOCH.

- Pinzón, Carlos Eduardo. 2008. “Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica”. *Acta Medica Colombiana* 33 (1): 33–41.
- Restrepo, José Felix Patiño. 2001. “Paradigmas y Dilemas de la Medicina Moderna en el Contexto de la atención Gerenciada de la Salud”. *Medicina* 23 (3): 163–78.
- Rethans, J.-J., J. J. Norcini, M. Barón-Maldonado, D. Blackmore, B. C. Jolly, T. LaDuca, S. Lew, G. G. Page, y L. H. Southgate. 2002. “The Relationship between Competence and Performance: Implications for Assessing Practice Performance”. *Medical Education* 36 (10): 901–9. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01316.x>.
- Ribadeneira, Gabriela Paola Mena, Ricardo Cañizares Fuentes, y Giaffar Barquet Abi-hanna. 2015. “Análisis del Sistema de Salud del Ecuador”. *Medicina* 19 (4): 193–204. <https://doi.org/10.23878/medicina.v19i4.1080>.
- Rodríguez Gómez, Roberto. 2000. “La Educación Superior En El Siglo XXI. Líneas Estratégicas de Desarrollo. Una Propuesta de La ANUIES”. *Revista de La Educación Superior* 29 (113): 87–94.
- Rodríguez Gómez, Roberto, y Roberto Rodríguez Gómez. 2018. “Dos décadas del Proceso de Bolonia”. *Revista mexicana de investigación educativa* 23 (76): 7–14.
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2006. *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework: Better Standards - Better Physicians - Better Care*. Ottawa: Royal college of physicians and surgeons of Canada.
- Senplades, ed. 2013. *Buen vivir: plan nacional 2013-2017: todo el mundo mejor*. Primera edición. Quito, Ecuador: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.
- Souto, Ana Cristina. 2013. “Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad; Ligia Giovanella, Oscar Feo, Mariana Faria, Sebastián Tobar (orgs.), ISAGS/UNASUR, Rio de Janeiro, 2012”. *Vigilância Sanitária em Debate* 1 (2). <https://doi.org/10.3395/vd.v1i2.46>.
- Triana Ramírez, Alba Nidia, & Álvarez Soler, Jaime Antonio.(2017). EDICACIÓN MÉDICA HEGEMÓNICA Y ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD ENTREVISTA AL DOCTOR EDUARDO L. MENENDEZ. *Praxis & Saber*, 8(18),271-298. <https://dx.doi.org/10.19053/22160159.v8.n18.2017.7251>
- Torres, Adriana Patricia Gallego, y Romulo Gallego Badillo. 2007. “Historia, epistemología y didáctica de las ciencias: unas relaciones necesarias”. *Ciência & Educação (Bauru)* 13 (1): 85–98. <https://doi.org/10.1590/S1516-73132007000100006>.
- Tovar, Mauricio Torres. 2007. “ALAMES: Expresión organizativa de la medicina social en América Latina”. *Medicina Social* 2 (3): 139–44.

- Vetere, Pablo Emiliano. 2006. “El modelo médico hegemónico y su reproducción en el perfil de médico que promueve la Fac. Cs. Médicas de la U.N.L.P.”: BachelorThesis, Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=tesis&d=Jte562>.
- Wojtczak, Andrzej. 2006. “El papel de la Educación Médica Básica en la preparación para el Desarrollo Profesional Continuo”. *Educación Médica* 9 (4A): 148–58.

Anexos

Anexo 1

Operacionalización de variables de la DSS

Bloque	Categoría	Indicador	Puntaje final
Información del estudiante perteneciente al PIR	Edad	EDAD	En años cumplidos
	Procedencia	PROVINCIA CIUDAD	
	GENERO	SEXO Masculino Femenino	
	Etnia	Blanca No blanca Mestiza Indígena	
	Estado civil	Soltero/a casado/a Unión libre Viudo/a Divorciado/a Pareja no estable	
	Actividad que realiza	Solo estudia Combina estudio y trabajo	
	Consumo de alcohol	Mayor de ocho De seis a ocho De dos a seis Menos de dos	
	Frecuencia de consumo de drogas	Si No Ex consumidor	

Bloque	categoría	variable	Indicador
Realidad Particular	MODOS DE VIDA ESPACIO DE SOPORTES FAMILIARES Caracterización de los responsables del soporte económico de los estudiantes	Nivel de educación	Primaria Secundaria Universitaria Ninguna
		segmentos de trabajo	Profesional o técnico que ejerce independientemente Empleado de empresa particular titulado (profesional o técnico) Empleado público titulado (profesional o técnico) Empleado de empresa particular no titulado Empleado público no titulado Artesano Comerciante propietario de pequeño negocio Propietario de empresa industrial, comercial o de servicios Obrero o trabajador manual de empresa no Propia Jornalero o peón Trabajador por cuenta Propia no profesional ni técnico Empleada doméstica Trabajadora familiar sin remuneración fija, AMA DE CASA Jubilado Del IESS, ISFA, ISPOL

			Militar o policía (de tropa u oficial) Pequeño trabajador agrícola Rentista Ninguna (desempleado/a)
--	--	--	---

Bloque	categoría	variable	etiqueta	operacionalización
Realidad Particular	INSOC FUNCIÓN: Papel que desempeña en la organización social del trabajo: jerarquía en el proceso de producción	Actividades en la organización social del trabajo:	Hace el trabajo Hace y dirige el trabajo Dirige y organiza el trabajo de otros No aplica, desempleado	
	INSOC PROPIEDADES: Relación frente a los medios de producción: propiedad de los medios	Disposición de medios de producción	NO	0 puntos : NO Dispone de algún medio de producción

	indispensables de producción.		SI	1 hasta 5 puntos : SI Dispone de algún medio de producción
--	--------------------------------------	--	----	---

Bloque	Categoría	Indicador	Puntaje final
Realidad individual	Actividad que realiza	Solo estudia Combina estudio y trabajo	
	Consumo de alcohol	Mayor de ocho De seis a ocho De dos a seis Menos de dos	
	Frecuencia de consumo de drogas	Si No Ex consumidor	

Bloque	Categoría	indicador	puntaje final
Realidad individual	P. ESTRESANTES del PIR	A No, Nunca	Si el puntaje total está entre 0 y 4 estrés es leve y no reviste mayor peligro para su salud.
	01 T1 Su actividad en los PIR le hace sentir desesperada(o) o le cansa mucho?	B Rara vez	Si el puntaje total está entre 5 y 16 estrés es moderado y ya constituye un peligro que debe controlarse.
	02 T2. ¿Siente un exceso de responsabilidad en el PIR?	C Frecuente	Si el puntaje total está entre 16 y 28 estrés es severo y el peligro para la salud es mayor

03 T3. ¿en el PIR sufre maltrato, desprecio o hay conflictos que le perturban?	D Muy Frecuente
04 T4. ¿Se siente inestable en los PIR o le preocupa perder la carrera?	
05 T5. ¿El ambiente de sus PIR le expone a ruido, frío o calor, falta de luz, gases o polvos que le molestan continuamente?	
P. ESTRESANTES del TRABAJO DOMESTICO	
06 TD. ¿Tiene responsabilidades de trabajo doméstico que le agotan, le hacen sentir presionada(o) y constante falta de tiempo?	
08 TD. ¿Le preocupa que no se alcanza para dedicarse adecuadamente a hermanos, hijos u otros familiares?	
P. ESTRESANTES del CONSUMO y AMBIENTE	
9 C ¿Padece angustias por necesidades económicas para alimentación, estudios, casa o arriendo?	
10 C. ¿Se siente agobiada(o) por falta de espacio y congestión en su casa?	
11 C. ¿Padece de mucho frío o calor, humedad o ruido en su casa?	
12 C. ¿Sufre por la imposibilidad de descansar bien, como a usted le gusta ?	
13 C. ¿Padece angustia por necesidades económicas para gastos de educación o salud ?	
14 C. ¿Se siente presionada(o) por problemas de transporte diario, esperas o congestión?	

15 C. ¿Sufre mucha preocupación por alguna deuda?
16 E. ¿Padece por ruido excesivo alrededor de su casa, en su barrio?
17 E. ¿Teme que le asalten o le agredan en su barrio ?
P. ESTRESANTES CON PERDIDA AFECTIVA,, SUFRIMIENTO MORAL o FISICO
18 O. ¿Se siente aislado(a) o extraño(a) respecto a sus compañeros del PIR o semejantes ?
19 O. ¿Se siente preocupada(o) o desmoralizada(o) por la suerte de estudiante del PIR?
20 RP. ¿Sufre por alguna causa amorosa o afectiva?
21 RP. ¿La afecta algún conflicto o pelea familiar?
22 RP. ¿En su casa se siente sola(o) o aislada(o)?
23 RP. ¿Experimenta mucha angustia por alguna falta o error grave cometidos en el PIR?
24 RP. ¿Padece por causa de alguna amenaza personal, represión a falta de libertad?
25 GF. ¿Experimenta angustia por alguna enfermedad , invalidez o porque se siente que no es necesario en el PIR?
26 GF. ¿Tiene preocupación intensa por algún motivo sexual, problema o defecto físico?

27 RP. ¿Sufre por alguna enfermedad o trastorno de un ser querido?		
28 IS. ¿Sufre por la muerte de algún pariente o persona cercana a usted?		

Bloque	variables	indicador	puntaje final
realidad individual	¿Considera usted que en el PIR existe un adecuado abordaje de los elementos sociales del proceso salud-enfermedad en los sílabos y contenidos de la malla curricular?	1. Totalmente en desacuerdo	Si el puntaje total está entre 1 y 32 el nivel de satisfacción del estudiante en el PIR es bajo
	¿La distribución académica de la malla curricular brinda un adecuado equilibrio entre los distintos niveles de atención de salud?	2. En desacuerdo	Si el puntaje total es 33 el nivel de satisfacción del estudiante en el PIR es medio
	¿Considera usted que existe una distribución simétrica y proporcional de las horas de PIR en relación a las especialidades?	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Si el puntaje total está entre 34 y 55 el nivel de satisfacción del estudiante en el PIR es alto
	¿Considera usted que se dispone del tiempo de rotación adecuado en unidades del primer nivel de atención para comprender los elementos sociales del proceso salud-enfermedad?	4. De acuerdo	
	42. ¿Considera usted que en el PIR se asigna correctamente las horas de actividades prácticas para solventar prácticamente las necesidades de los elementos sociales del proceso salud-enfermedad?	5. Totalmente de acuerdo	
	¿Considera usted que en el PIR se asigna correctamente las horas de		

trabajo comunitario para entender los elementos sociales del proceso salud-enfermedad?	
¿Considera usted que en el PIR se abordar socialmente los problemas de salud?	
¿Considera usted que es adecuado el abordaje social que se realiza en el PIR para contrarrestar las distintas enfermedades?	
¿Considera usted que en el PIR los docentes refuerzan el componente social de la salud durante las actividades de IR?	
¿Considera que existe una adecuada preparación de los docentes en temas relacionados con el abordaje social de las enfermedades?	
¿Considera usted que su experiencia en el PIR ha sido suficiente para abordar los aspectos sociales de la salud?	

Anexo 2

Encuesta con enfoque en la Determinación social de la salud para estudiantes del PIR

Encuesta de recolección de datos relacionada con la implementación del Modelo Médico Hegemónico en el Programa de Internado Rotativo de los estudiantes de la carrera de medicina de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

1. Edad: _____
 2. Provincia de procedencia: _____
 3. Ciudad de procedencia: _____
 4. Ciudad donde realiza el PIR: 1. Tena HJMVI 2. Puyo HGP 3. Riobamba HPGDR
 4. Riobamba HG. IESS 5. Latacunga HGL 6. Latacunga HG. IESS
- Hospital: _____ Bloque de Datos
informativos del estudiante perteneciente al PIR
5. Género 1. Hombre 2. Mujer
 6. Etnia: 1. Blanca 2. Afroecuatoriano 3. Mestiza 4. Indígena 5. Montubia
 7. Estado Civil: 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Unión libre 4. Viudo/a 5. Divorciado/a

BLOQUE CORRESPONDIENTE A LAS PREGUNTAS

DEL INSOC

Este bloque es una herramienta que permite determinar los modos de vida y estilos de vida de las personas

en estudio. Elaborado por: Jaime Breilh, Md.MSc.PhD: Director Ejecutivo del

CILABSsalud; Universidad Andina

Simón Bolívar Sede Ecuador.

jbreilh@ceas.med.ec

8 ¿Quién es el responsable principal del ingreso económico que sustenta al estudiante?

Papá Ambos Abuelo(a) | |

Mamá Otro familiar, especifique _____ | |

OCUPACIÓN

9 ¿ En Cuál de los siguientes segmentos trabaja el principal responsable del ingreso económico del

hogar donde vive el niño o la
niña?

Profesional o técnico que ejerce
independientemente

Empleado de empresa particular titulado (profesional o
técnico)

Empleado público titulado (profesional o
técnico)

Empleado de empresa particular no
titulado

Empleado público no
titulado

Artesano

Comerciante propietario de pequeño
negocio

Propietario de empresa industrial, comercial o de
servicios

Obrero o trabajador manual de empresa no
propia

Jornalero o
peón

Trabajador por cuenta propia no profesional ni técnico		
Empleada doméstica		
Ayudante familiar sin remuneración fija, AMA DE CASA		
Jubilado Del IESS, ISFA		
Militar o policía (de tropa u oficial)		
Pequeño trabajador agrícola		
Rentista		
Ninguna (desempleado/a)		
Otra, ¿cuál? _____		

FUNCIÓN

10 ¿Cuál es la función que desempeña en su trabajo el principal responsable del ingreso económico del hogar donde vive el niño o la niña?

Hace el trabajo	<input type="checkbox"/>	Dirige y organiza el trabajo de otros		
Hace y dirige el trabajo	<input type="checkbox"/>	Desempleado		

MEDIOS DE PRODUCCIÓN

11 ¿El principal responsable del ingreso económico del hogar donde vive el niño/a es propietario de cuáles de los siguientes medios de trabajo?

Herramientas	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
Locales	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
Máquinas o equipos para el trabajo	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
Mercadería e insumos	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
Terrenos	SI	<input type="checkbox"/>	NO		

FUENTE

12. ¿Cuál es la fuente principal de ingresos de la economía del hogar donde vive el niño o la niña?

Alquiler de propiedad | |

Autónomo | |

Jornal diario o por
semana

Pensión
jubilar

Subsidio del Gobierno

Sueldo Cómo empleado del sector privado

Sueldo Cómo empleado del sector público

Sueldo Cómo obrero o trabajador no
jornalero

Sueldo Cómo trabajador del
campo

Ventas
ambulantes

Vive de lo vende en el
comercio

Ganancia del negocio propio(artesano
emprendedor)

Ninguna (desempleado/a)

Otra,
¿cuál?

PREGUNTAS DE CONTROL

13. Sabiendo que el salario básico unificado actualmente está en 346 dólares ¿En cuál de estos rangos se ubican los ingresos mensuales del hogar?

Menos de salario básico unificado		Un salario básico unificado		
Más de un salario básico unificado		Otro Cuál		

MODO DE VIDA

14 ¿Pertenece alguna de estas organizaciones sociales en su barrio, localidad, o en el PIR?

Liga Barrial deportiva	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Asociación de empleados	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Comité barrial	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Grupos religiosos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Asociación de trabajadores	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Grupos Culturales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Cooperativas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>		
Sindicatos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	OtroCuál	_____		

BLOQUE ESTILOS DE VIDA

15. ¿Qué tipo de deportes practica?

1. Fútbol 2. Basketball 3. Vóley 4. Tenis 5. Natación 6. Ciclismo 7. Atletismo
 8. Ejercicio de Gimnasio 9. Otro _____

16. ¿En qué promedio diario realiza actividades físicas?

1. De 1 a 2 veces por semana 2. De 3 a 5 veces por semana 3. Diario 4. Una vez cada dos semanas
 5. Una vez al mes 6. Ocasional

17. ¿Consumen usted bebidas alcohólicas?

1. Si 2. No

18. ¿En relación al hábito de fumar señale sí?

1. Fuma 2. No Fuma 3. Ex fumador

**BLOQUE NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PIR BAJO EL MODELO MÉDICO
HEGEMÓNICO**

	1 Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4. En acuerdo	5. Muy en acuerdo
19- ¿Considera usted que en el PIR existe un adecuado abordaje de los elementos sociales del proceso salud-enfermedad en los sílabos y contenidos de la malla curricular?					
20. ¿La distribución académica de la malla curricular brinda un adecuado equilibrio entre los distintos niveles de atención de salud?					
21. ¿Considera usted que existe una distribución simétrica y proporcional de las horas de PIR en relación a las especialidades?					
22. ¿Considera usted que se dispone del tiempo de rotación					

adecuado en unidades del primer nivel de atención para comprender los elementos sociales del proceso salud-enfermedad?					
23. ¿Considera usted que en el PIR se asigna correctamente las horas de actividades prácticas para solventar prácticamente las necesidades de los elementos sociales del proceso salud-enfermedad?					
24. ¿Considera usted que en el PIR se asigna correctamente las horas de trabajo comunitario para entender los elementos sociales del proceso salud-enfermedad?					
25. ¿Considera usted que en el PIR se abordar socialmente los problemas de salud?					
26. ¿Considera usted que es adecuado el abordaje social que se realiza en el PIR para contrarrestar las distintas enfermedades?					
27. ¿Considera usted que en el PIR los docentes refuerzan el componente social de la salud durante las actividades de IR?					
28. ¿Considera que existe una adecuada preparación de los docentes en temas relacionados con el abordaje social de las enfermedades?					

29. ¿Considera usted que su experiencia en el PIR ha sido suficiente para abordar los aspectos sociales de la salud?					
--	--	--	--	--	--

TENDENCIA EPIDEMIOLOGICA Estrés de los estudiantes del Programa de internado rotativo (PIR)

	A No, Nunca	B Rara vez	C Frecuente	D Muy Frecuente
P. ESTRESANTES por el Programa de internado rotativo (PIR)				
30 T1 Su actividad en los PIR le hace sentir desesperada(o) o.le cansa mucho?				
31 T2. ¿Siente un exceso de responsabilidad en el PIR?				
32 T3. ¿en el PIR sufre maltrato, desprecio o hay conflictos que le perturban?				
33 T4. ¿Se siente inestable en los PIR o le preocupa perder la carrera?				
34 T5. ¿El ambiente de sus PIR le expone a ruido, frío o calor, falta de luz, gases o polvos que le molestan continuamente?				
P. ESTRESANTES del TRABAJO DOMESTICO				
35 TD. ¿Tiene responsabilidades de trabajo doméstico que le agotan, le hacen sentir presionada(o) y constante falta de tiempo?				
36 TD. ¿Le preocupa que no se alcanza para dedicarse adecuadamente a hermanos, hijos u otros familiares?				
P. ESTRESANTES del CONSUMO y AMBIENTE				
37 C ¿Padece angustias por necesidades económicas para alimentación, estudios, casa o arriendo?				

38 C. ¿Se siente agobiada(o) por falta de espacio y congestión en su casa?				
39 C. ¿Padece de mucho frío o calor, humedad o ruido en su casa?				
40 C. ¿Sufre por la imposibilidad de descansar bien, como a usted le gusta ?				
41 C. ¿Padece angustia por necesidades económicas para gastos de educación o salud ?				
42 C. ¿Se siente presionada(o) por problemas de transporte diario, esperas o congestión donde reside?				
43 C. ¿Sufre mucha preocupación por alguna deuda?				
44 E. ¿Padece por ruido excesivo alrededor de su casa, en su barrio?				
45 E. ¿Teme que le asalten o le agredan donde reside ?				
P. ESTRESANTES CON PERDIDA AFECTIVA,, SUFRIMIENTO MORAL o FISICO				
46 O. ¿Se siente aislado(a) o extraño(a) respecto a sus compañeros del PIR o semejantes ?				
47 O. ¿Se siente preocupada(o) o desmoralizada(o) por la suerte de estudiante del PIR?				
48 RP. ¿Sufre por alguna causa amorosa o afectiva?				
49 RP. ¿La afecta algún conflicto o pelea familiar?				
50 RP. ¿En su casa se siente sola(o) o aislada(o)?				
51 RP. ¿Experimenta mucha angustia por alguna falta o error grave cometidos en el PIR?				
52 RP. ¿Padece por causa de alguna amenaza personal, represión a falta de libertad?				
53 GF. ¿Experimenta angustia por alguna enfermedad, invalidez o porque se siente que no es necesario en el PIR?				
54 GF. ¿Tiene preocupación intensa por algún motivo sexual, problema o defecto físico?				

55 RP. ¿Sufre por alguna enfermedad o trastorno de un ser querido?				
56 IS. ¿Sufre por la muerte de algún pariente o persona cercana a usted?				

Anexo 3

Formato de guion de entrevista para Docentes del PIR

Tema: El modelo médico hegemónico en salud en el programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo

Objetivo: Describir el comportamiento del modelo médico hegemónico en el programa de internado rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, a partir del análisis crítico desde la Determinación Social.

El guion de la entrevista a profundidad contiene las preguntas que componen la entrevista, este ayudará a dirigir la entrevista, controlar el tiempo y permitirá discernir entre lo que es importante y secundario para la investigación. El guion es un instrumento, que se utiliza para no perderse durante la entrevista, considerando lo siguiente:

- Se debe aceptar y respetar el hecho de que el entrevistado/a adopte una dirección diferente a la que tendrá previsto en el guion, este puede hablar sobre temas no incluidos o alterar el orden de las preguntas.
- Sí, aún alterado el ritmo y el orden de las preguntas, por el entrevistado se tendrá que intentar hablar de todos los temas importantes que se tiene previsto en un principio volviendo, en la medida de lo posible, a los temas no analizados. A medida que transcurre la entrevista, se debe ir concretando y enfocando las respuestas del entrevistado/a hacia los objetivos planteados en el estudio.

A continuación, se presenta la composición de las preguntas a realizar en los Docentes

¿Qué opina usted del PIR?

¿Existe un adecuado abordaje de los elementos sociales del proceso salud-enfermedad en este programa?

40. ¿Considera usted que existe una distribución simétrica y proporcional de las horas de PIR en relación a las especialidades?

41. ¿Considera usted que se dispone del tiempo de rotación adecuado en unidades del primer nivel de atención para comprender los elementos sociales del proceso salud-enfermedad?

43. ¿Considera usted que en el PIR se asigna correctamente las horas de trabajo comunitario para entender los elementos sociales del proceso salud-enfermedad?

44. ¿Considera usted que en el PIR se abordan socialmente los problemas de salud?

47. ¿Se considera capacitado para impartir conocimiento acerca del componente social de la salud durante las actividades de PIR?

Anexo 4

Consentimiento Informado para la participación en el estudio

La presente investigación es conducida por el Médico: Ángel Ramiro Paguay Moreno, Docente de la carrera de Medicina de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Coordinador del Programa de Internado Rotativo de esta carrera en la Facultad de Salud Pública y estudiante de la Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva de la Universidad Andina Simón Bolívar. El objetivo general de la investigación es determinar la implementación del Modelo Médico Hegemónico en el Programa de Internado Rotativo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Si usted está de acuerdo en participar en este estudio se le solicita que coopere en completar una encuesta y responder preguntas relacionadas con el objetivo de la investigación. Su participación es totalmente voluntaria y podrá retirarse en el momento que usted lo desee. La información que usted facilite será confidencial y utilizada únicamente con fines investigativos. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Médico Ángel Ramiro Paguay Moreno. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es: determinar la implementación del Modelo Médico Hegemónico en el Programa de Internado Rotativo de los estudiantes de la carrera de medicina de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, desde un análisis de la Determinación Social. Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

Anexo 5

Plan de estudios de la carrera de medicina 2018 - ESPOCH

NUM.	CÓDIGO	ASIGNATURA	HORAS	TOTAL 18 S.
NIVEL 1				
1	MEDHM1101	ANATOMÍA HUMANA I	6	108
2	MEDHM1402	EDUCACIÓN FÍSICA	4	72
3	MEDHM1103	EMBRIOLOGÍA HUMANA I	6	108
4	MEDHM1304	EPISTEMOLOGÍA DE LA MEDICINA	4	72
5	MEDHM1105	HISTOLOGÍA HUMANA I	6	108
6	MEDHM1506	IDIOMA INGLÉS I	8	144
7	MEDHM1507	LENGUAJE Y COMUNICACIÓN ORAL ESCRITA DIGITAL	6	108
NIVEL 2				
8	MEDHM1108	ANATOMÍA HUMANA II	10	180
9	MEDHM1109	EMBRIOLOGÍA HUMANA II	6	108
10	MEDHM1110	HISTOLOGÍA HUMANA II	6	108
11	MEDHM1511	IDIOMA INGLÉS II	8	144
12	MEDHM1312	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	4	72
13	MEDHM1513	TICs	6	108
NIVEL 3				
14	MEDHM1114	BIOLOGÍA CELULAR Y MÁCULAR	6	108
15	MEDHM1315	BIOESTADÍSTICA	6	108
16	MEDHM1116	FISIOLOGÍA HUMANA I	8	144
17	MEDHM1517	IDIOMA INGLÉS III	8	144
18	MEDHM1118	MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	8	144
19	MEDHM1419	REALIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL	2	36
NIVEL 4				
20	MEDHM1120	FISIOLOGÍA HUMANA II	8	144
21	MEDHM1121	BIOQUÍMICA	8	144
22	MEDHM1522	IDIOMA INGLÉS IV	8	144
23	MEDHM1123	INMUNOLOGÍA	6	108
24	MEDHM1324	INVESTIGACIÓN FORMATIVA	6	108
25	MEDHM1125	PSICOLOGÍA MÉDICA	4	72
26	MEDHM1426	SALUD Y AMBIENTE	2	36
NIVEL 5				
27	MEDHM2427	CULTURA GÉNERO E INTERCULTURALIDAD	2	36
28	MEDHM2328	EPIDEMIOLOGÍA	6	108
29	MEDHM2129	FARMACOLOGÍA HUMANA I	6	108
30	MEDHM2230	IMAGENOLOGÍA	6	108
31	MEDHM2131	PATOLOGÍA HUMANA	6	108
32	MEDHM2132	SEMIOLOGÍA MÉDICA I	10	180
33	MEDHM2533	TICs APLICADAS A LA MEDICINA HUMANA	6	108
NIVEL 6				
34	MEDHM2134	FARMACOLOGÍA HUMANA II	6	108
35	MEDHM2235	DERMATOLOGÍA	4	72

36	MEDHM2436	GENÉTICA	6	108
37	MEDHM2337	COMUNITARIA	8	144
38	MEDHM2238	SALUD PÚBLICA	6	108
39	MEDHM2139	SEMIOLOGÍA MÉDICA II	10	180
SUBTOTAL 6				
NIVEL 7				
40	MEDHM2440	BIOÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA	4	72
41	MEDHM2241	MEDICINA INTERNA CARDIOLOGÍA Y NEUMOLOGÍA	10	180
42	MEDHM2242	MEDICINA INTERNA ENDOCRINOLOGÍA	8	144
43	MEDHM2243	MEDICINA INTERNA HEMATOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA	6	108
44	MEDHM2244	MEDICINA INTERNA NEUROLOGÍA	6	108
45	MEDHM2245	MEDICINA INTERNA NEFROLOGÍA	8	144
NIVEL 8				
46	MEDHM2246	ATENCIÓN A DISCAPACIDADES	4	72
47	MEDHM2247	GERIATRÍA	4	72
48	MEDHM2348	MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS	4	72
49	MEDHM2249	MEDICINA INTERNA GASTROENTEROLOGÍA E INFECTOLOGÍA	10	180
50	MEDHM2250	SALUD MENTAL	6	108
51	MEDHM2451	TERAPIAS ALTERNATIVAS Y MEDICINA TRADICIONAL	8	144
52	MEDHM2252	UROLOGÍA	4	72
NIVEL 9				
53	MEDHM2253	GINECOLOGÍA	8	144
54	MEDHM2254	OBSTETRICIA	8	144
55	MEDHM2255	OFTALMOLOGÍA	4	72
56	MEDHM2256	OTORRINOLARINGOLOGÍA	4	72
57	MEDHM2257	PEDIATRÍA	10	180
58	MEDHM2358	TITULACIÓN I	10	180
NIVEL 10				
59	MEDHM2259	ANESTESIOLOGÍA BÁSICA	4	72
60	MEDHM2260	CIRUGÍA GENERAL	8	144
61	MEDHM2261	EMERGENCIAS Y DESASTRES	4	72
62	MEDHM2462	MEDICINA ALTERNATIVA	8	144
63	MEDHM2263	MEDICINA LEGAL	4	72
64	MEDHM2264	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	4	72
65	MEDHM2365	TITULACIÓN II	10	180
NIVEL 11 -12 INTERNADO ROTATIVO MEDICINA (IRM)				
66	MEDHM3266	INTERNADO ROTATIVO I(MEDICINA INTERNA)		
67	MEDHM3267	INTERNADO ROTATIVO II(PEDIATRÍA)		
68	MEDHM3268	INTERNADO ROTATIVO III(GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)		
69	MEDHM3269	INTERNADO ROTATIVO IV(CIRUGÍA)		

70	MEDHM3270	INTERNADO ROTATIVO V(COMUNITARIA)		
----	-----------	--	--	--

Fuente y elaboración propia