

Sistemas de jerarquización del campo médico en México: un análisis sociológico

Hierarchy systems of the medical field in Mexico: a sociological analysis

Marcia Villanueva (<https://orcid.org/0000-0001-9408-6308>)¹

Roberto Castro (<https://orcid.org/0000-0002-1440-2460>)¹

Abstract *The aim of this paper is to describe the main systems of hierarchization in the Mexican medical field (and those of other similar Latin American countries). Drawing on Bourdieu's genetic structuralism, our hypothesis is that the structure of the medical field is closely correlated with the schemes of perception and appreciation of the medical field's agents. These schemes are rooted in hierarchical classifications by which work is organized and the main agents' prestige is allocated. Empirical data include focus groups, interviews and observations in hospitals, as well as images, memes and other graphic displays found in Facebook and other public internet locations. The analysis sought to identify the main systems of hierarchization that structure both the academic training and the professional practice of physicians. Four systems of hierarchization are identified: professional, by subfields, by specialties, and by division of labor. These systems of hierarchization, reciprocally entangled with one another, are part of the complex structure of positions within the medical field, as well of the agents' schemes of perception and appreciation which are embodied under the form of habitus.*

Key words *Medicine, Social hierarchy, Medical sociology*

Resumo *El objetivo de este trabajo es presentar los principales sistemas de jerarquización que caracterizan al campo médico en México (y, por extensión, al de muchos países de Latinoamérica con condiciones similares). Adoptando el enfoque del estructuralismo genético de Bourdieu, la hipótesis es que la estructura del campo médico se corresponde con una serie de esquemas de percepción y apreciación de sus agentes, que se basan en clasificaciones jerárquicas con base en las cuales se divide el trabajo y se distribuye el prestigio entre sus actores sociales. El material empírico incluye grupos focales, entrevistas y observación en hospitales, así como imágenes, memes e ilustraciones tomadas de páginas públicas de Facebook y otros espacios de internet. El análisis se realizó buscando identificar los principales sistemas de jerarquización que estructuran la formación académica y la práctica profesional de los médicos. Se identifican cuatro sistemas de jerarquización: profesional, por subcampos, por especialidades y por tipo de división del trabajo. Estos sistemas de jerarquías, imbricados entre sí, forman parte de la compleja estructura de posiciones del campo médico, y de la red de esquemas de percepción y apreciación incorporada por sus agentes sociales en forma de habitus.*

Palabras clave *Medicina, Jerarquía social, Sociología médica*

¹ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México. Av. Universidad s/n, Circuito 2, Col. Chamilpa. 62210 Cuernavaca Morelos Mexico. marcia.villanueva.lozano@gmail.com

Introducción

La teoría de campos de Bourdieu¹ ha sido aplicada en varios países anglosajones y europeos para investigar el campo médico (CM). Existen investigaciones que caracterizan el CM en tanto espacio de lucha entre las medicinas tradicionales y alternativas y la medicina moderna²⁻⁵. También hallamos estudios que describen la estructura del campo con aproximaciones sociohistóricas⁶⁻⁸ o con análisis contemporáneos^{9,10}. Están los estudios enfocados en algún subcampo específico como la anestesiología¹¹, la ortopedia¹², la adicción¹³, la enfermería¹⁴, la educación médica¹⁵ y la medicina de la “precariedad”¹⁶. Otros trabajos han identificado las transformaciones del CM en función de eventos particulares, como la epidemia del sida¹⁷ o reformas a los sistemas de salud¹⁸. Finalmente, hay investigaciones sobre el funcionamiento del CM centrándose en los procesos de toma de decisiones¹⁹ o en la posición de los administradores médicos²⁰.

En Latinoamérica, este potencial ha sido menos explorado. Existen trabajos muy notables sobre el tránsito de la medicina liberal a la medicina institucional dentro del CM²¹, así como diversos análisis en torno al campo de la salud colectiva^{22,23}. Pero no existen en México ni en América Latina estudios que se hayan propuesto construir sistemáticamente este ámbito social a partir de los postulados del estructuralismo genético.

Este artículo es parte de una investigación más amplia cuyo objetivo es construir el CM en México como objeto sociológico^{1,24}. Hemos señalado ya que éste es un espacio altamente jerarquizado que responde a una estructuración tanto material (la organización de los servicios de salud) como simbólica (las jerarquías que se establecen en función del prestigio de las especialidades y de las instituciones educativas y de salud)²⁵. También hemos identificado algunos elementos de la estructura del CM a nivel macrosocial: los subcampos que lo integran, las relaciones que éstos guardan entre sí, y algunos aspectos de la jerarquía que hay entre ellos²⁶. Enfocándonos ahora en un nivel microsocia, en este artículo presentamos nuevos resultados acerca de los diferentes sistemas de jerarquización del CM en México.

Métodos

A partir del *principio de la acción* de Bourdieu²⁷, la hipótesis de este artículo es que la estructura del CM se corresponde con una serie de esque-

mas de percepción y apreciación (EPA) que se basan en clasificaciones jerárquicas con base en las cuales se divide el trabajo y se distribuye el prestigio entre sus actores sociales. Dichos EPA corresponden a un complejo tejido de jerarquías que, incorporado en forma de habitus, organiza las experiencias de los actores del CM y los predisponen a actuar de determinadas maneras. Nuestro objetivo es estudiar las percepciones y apreciaciones del personal de salud para identificar los diferentes sistemas de jerarquización que estructuran el CM.

Para ello, revisitamos el material empírico recopilado por ambos autores en investigaciones previas. Un grupo de esas investigaciones²⁸ estudió el origen del habitus médico autoritario en México (11 grupos focales; 230 horas de observación en salas de parto; y entrevistas individuales a más de 20 médicos). La otra investigación²⁹ documentó la deshumanización de la medicina en México con 26 entrevistas a estudiantes de medicina, médicos generales y médicos especialistas y mediante una etnografía virtual en Facebook de enero de 2015 a julio de 2018.

Al integrar el material empírico de dichas investigaciones, este artículo no da cuenta de lo que sucede en un espacio geográfico o institucionalmente delimitado, sino que abarca el CM de manera mucho más amplia, pues reúne una muestra de médicos y estudiantes entrevistados lo más diversa posible. Además, triangula estos datos con material recopilado en Facebook, lo que supuso un gran enriquecimiento para nuestros hallazgos, ya que en la red confluyen actores que en la vida *offline* están desvinculados.

Cuando se hicieron las primeras etnografías virtuales, internet era un espacio aislado de nuestra cotidianidad: accedíamos a él sólo a través de las computadoras de escritorio y en horarios reservados para ese propósito³⁰. Ahora nuestra vida está embebida en la red: tenemos acceso a ella en todo momento a través de los dispositivos móviles, y hemos adoptado las redes sociales como tecnologías que nos mantienen conectados con nuestra comunidad, de tal forma que nuestras vidas se desenvuelven en un tejido de conexiones *online* y *offline* inseparables³¹. Esto quiere decir que el usuario no se aísla de su realidad social – como solía pensarse con las primeras etnografías virtuales – sino que mantiene los vínculos con las personas, instituciones y espacios que habita fuera de la red³². Internet ha permitido el encuentro de personas que forman grupos y comunidades más o menos estables y que han creado nuevas formas de sociabilidad³³. Estos grupos funcionan

de manera vinculante pues refuerzan la frecuencia de contacto entre personas geográficamente dispersas y favorecen conversaciones regulares entre sus miembros³⁴. Al mismo tiempo, las publicaciones que allí se comparten sirven también para modelar las actitudes y opiniones de los usuarios, de tal forma que el ciberespacio no sólo refleja la vida que tienen sus usuarios fuera de internet, sino también estructura desde lo virtual sus experiencias *offline*.

Entre las publicaciones que se comparten en redes sociales, destacan los memes. Aunque éstos tienen una amplia gama de usos sociales, la mayoría de ellos constituyen dispositivos cómicos que pretenden provocar la risa. Al igual que el chiste, los memes son breves y buscan “relativizar y poner distancia, desde el humor, a las tensiones, malestares y conflictos de la vida cotidiana”³⁴. Los memes son productos culturales que permiten entender el mundo social que les ha dado origen: como otros dispositivos cómicos, están anclados en un contexto sociocultural concreto y nos revelan el imaginario compartido en ese contexto³⁵.

Con apoyo del software Atlas ti, reunimos todos los materiales transcritos de nuestras investigaciones previas y las publicaciones y los memes recopilados en Facebook, y los recodificamos y reanalizamos, con un enfoque totalmente nuevo y a la luz de la teoría de campos de Bourdieu. Salvo uno, todos los testimonios y memes de este trabajo son inéditos. Para reportar los resultados utilizamos pseudónimos, respetando por completo el anonimato de los participantes.

Resultados

Sistemas de jerarquización del CM

Existen múltiples sistemas de jerarquización que definen las posiciones de los actores dentro del CM. Estas estructuras son *incorporadas* por los profesionales de la salud en forma de EPA que, al ser estudiados, revelan los sistemas de jerarquización que están operando. Veamos la siguiente enunciación formulada en un grupo focal:

Los doctores que [dan clases] en los primeros años [de la carrera de medicina] por lo regular son médicos generales, o tienen algún doctorado nada más. También hay muchos cirujanos, pero no te tratan de la misma forma como te tratan arriba, ya estando en años mayores, donde te topas con el médico internista, el gastroenterólogo, que es un poco más rudo en la manera de expresarse, igual los cirujanos. (Anuar, estudiante).

En esta cita podemos identificar al menos tres sistemas de jerarquización. En primer lugar están las jerarquías entre médicos que pertenecen al subcampo de la clínica, donde los especialistas ocupan posiciones de mucho más poder que los médicos generales, y a la vez, entre los médicos especialistas, los que tienen mayor prestigio son los cirujanos y los médicos internistas²⁶.

En segundo lugar, podemos observar jerarquías entre algunos subcampos del CM. Llama la atención la *apreciación* del estudiante de que es igualmente subalterno ser un médico general a tener “algún doctorado nada más”, lo que muestra que las posiciones altas de los subcampos no clínicos (subcampos poblacional y biomédico, donde se pueden estudiar maestrías y doctorados en lugar de especialidades médicas²⁶) no están muy lejos en cuestión de prestigio de la posición más baja del subcampo clínico (médico general). Se evidencia así el gran diferencial de valor que existe dentro del CM mexicano entre el ámbito clínico en comparación con el salubrista y el biomédico.

En tercer lugar, la cita anterior revela una clasificación jerarquizada de instituciones. En las universidades sólo encontramos actores con bajo prestigio (por ser clínicos subalternos –médicos generales– o actores de subcampos subalternos –salubristas o científicos–); en cambio, en los hospitales “te topas” con actores con más prestigio (cirujanos, internistas, gastroenterólogos). Así, se traza una jerarquía superior de los hospitales sobre las instituciones educativas.

Y, por último, en esta cita también es posible apreciar cómo el comportamiento de los actores sociales del CM está determinado por este complejo arreglo jerárquico. Los EPA sobre las jerarquías se traducen en disposiciones para actuar de cierto modo según el prestigio del actor y el espacio social en que se encuentra. Quienes ocupan una posición hegemónica actúan de modo diferencial dependiendo de si se encuentran en la universidad o el hospital. Como menciona el estudiante citado: “[los cirujanos] no te tratan de la misma forma como te tratan arriba”. Al parecer, en un espacio subalterno (la institución educativa), donde su prestigio no está en riesgo, los cirujanos tienen un comportamiento menos agresivo, pero dentro de los espacios clínicos (los hospitales) –que por pertenecer al subcampo clínico tienen una jerarquía institucional superior (“más arriba”)– los médicos tienden a ser “más rudos en la manera de expresarse”, pues están en competencia para posicionarse y legitimarse en la posición que han alcanzado.

En su brevedad, esta cita ilustra que en el CM existen múltiples niveles de jerarquización que se reproducen por medio de EPA que, siendo su producto, también las legitiman. Con base en el trabajo de campo realizado por ambos autores, describiremos a continuación cuatro sistemas de jerarquía del CM y los EPA que les subyacen: 1) jerarquías profesionales, 2) jerarquías entre subcampos, 3) jerarquías por especialidades y 4) jerarquías de trabajo. Además, existe otro tipo de jerarquías administrativas, referidas aquí como “jerarquías por rangos”, que operan dentro de los hospitales y que clasifican a los estudiantes y médicos en líneas de mando^{25,26,28}.

Jerarquías profesionales

Suele identificarse a la medicina como la “reina” de las profesiones³⁶, apenas igualada en importancia por el derecho. Esto está anclado a datos objetivos: las instituciones de salud y de derecho son imprescindibles en las sociedades contemporáneas, y los discursos médico y legal fueron cruciales en la constitución de las sociedades modernas^{37,38}. Los médicos y los abogados, como los sacerdotes, son empresarios morales: tienen el poder de señalar qué está mal (la enfermedad, el delito o el pecado) y de instituir los criterios para diferenciarlo de lo que está bien (la salud, la norma, la virtud)³⁶.

Entre los médicos también existe la percepción de que la medicina es la profesión de mayor jerarquía entre todas las profesiones, pues “*van a tener vidas humanas en sus manos, no va a ser cualquier trabajo*” (Renato, neurocirujano). Esta apreciación de superioridad permite el surgimiento de burlas hacia otras profesiones, como muestra la Figura 1, una publicación de Facebook que desacredita la arquitectura al compararla con la medicina.

Los doctores siempre hemos sido los mejores. ¿Se imaginan una serie televisiva de arquitectos? ¿Cuál será el drama? ¿Se mojaron sus planos? ¿Le cerraron la papelería? 😊

Figura 1. Jerarquías profesionales.

Fuente: Facebook.

A los estudiantes de medicina se los socializa sobre esta jerarquía desde los primeros años de su formación:

En la escuela teníamos un profesor de Bioquímica que era muy bueno, pero si de repente llegaban a reprobado 3 o 4, empezaba a decir: “¿para qué están aquí?, váyanse a Turismo, a otra carrera, para qué están perdiendo el tiempo”. (Marlene, residente).

El descrédito de las demás profesiones frente a la medicina también se manifiesta con la apreciación de que, a diferencia de otras profesiones, la medicina requiere una dedicación especial y, en retribución, tiene recompensas que otras profesiones no brindan:

A pesar de que me pueden gustar mucho otras cosas, yo puedo hacer todo lo demás cuando quiera porque es hobby, pero esto que realmente me gusta, me apasiona el hospital, ver pacientes, ver cirugías y cuando el paciente llega y te dice un gracias de verdad, eso nadie me lo quita. (Irma, estudiante).

La supuesta superioridad de la medicina respecto a otras profesiones —consideradas “light”— también se relaciona con las expectativas que recaen sobre los estudiantes de medicina:

Desde antes de entrar, cuando apenas dicen voy a estudiar Medicina, les preguntan “¿y en qué te vas a especializar?”. Eso no le pasa a un “light”, no le pasa a un estudiante de Mercadotecnia, a un Ingeniero. No les dicen “¿Qué estudias?—Administración de Empresas—Ah, ¿y en que vas a hacer tu maestría?”. Y a nosotros sí. (Tamara, estudiante).

Al evolucionar de la medicina liberal de antaño a la medicina institucional de la actualidad, el antiguo médico general que atendía a domicilio fue sustituido, también en el imaginario colectivo sobre la medicina, por las especializaciones y jerarquizaciones que la constituyen^{21,39}. Por eso es tan común, como se muestra en esta cita, que a un estudiante de medicina se le pregunte, a diferencia de los estudiantes de otras carreras, en qué se va a especializar. No se trata solo de un orden simbólico al interior de la profesión, sino que se trata de un orden con bases materiales objetivas. La cita anterior muestra que la creencia en la superioridad de la medicina, por parte de los médicos, se funda, sin que ellos lo sepan, en un proceso histórico de transformación de la profesión más vinculado a procesos sociopolíticos y económicos muy complejos, propios de la segunda mitad del siglo XX, que a una supuesta condición de superioridad intrínseca a esta profesión.

La percepción de superioridad de la medicina también se mantiene entre las profesiones paramédicas. Algunos trabajos han documentado cómo se impone la jerarquía de los médicos sobre

otros profesionales de la salud en el contexto hospitalario. Por ejemplo, durante los pases de visita los médicos sólo se dirigen a enfermeros, nutricionistas o fisioterapeutas para pedirles información sobre los pacientes o para emitir órdenes, e ignoran sistemáticamente sus comentarios no solicitados⁴⁰. Observamos que estas jerarquías entre las profesiones de la salud se replican al interior del CM mexicano:

En la [universidad], los primeros semestres tomas clases con el tronco común, que es todo ciencias de la salud, entonces están revueltas enfermeras, licenciados en deportes, nutrición, medicina, todos están juntos en los grupos. Y los maestros es: “Vamos a ver, ¿cuántos médicos hay?”, y ya levantas la mano. “Ah, entonces la clase se va a llevar así, y los que no entiendan, los otros, por favor, investiguenlo”, como diciendo que son idiotas los demás [...] Y los compañeros se la creen, y empiezan a ver a las enfermeras como fuchi, y a los de nutrición como frustrados. (Valentina, médica general).

En el CM el personal de enfermería ocupa una posición subalterna a los médicos contratados por el hospital, pero no respecto a los estudiantes de medicina. En las líneas de mando del hospital²⁸, los estudiantes de medicina ocupan la posición más baja entre los médicos, por lo que las enfermeras pueden posicionarse por encima de ellos al señalar sus errores. A esto se refiere el meme de la Figura 2, que ilustra a una enfermera evidenciando que un estudiante se “contaminó” durante una cirugía por tocar objetos no esterilizados.

El texto de esta imagen pretende expresar la frase “doctor, el interno [estudiante de medicina]

ya se contaminó”. La manera como está redactada la frase apunta a un sentido de superioridad de los estudiantes sobre la enfermera (quien, se supone, habla un español de clase baja), que se corresponde con las jerarquías profesionales que operan dentro del CM a pesar de que en ese momento ella pueda ejercer un poder sobre el estudiante y posicionarse por encima de él. Además, el hecho de que la enfermera sea representada por el Guasón –icónico rival del superhéroe Batman– revela simbólicamente la oposición que hay en el CM entre el personal de enfermería y los médicos.

Jerarquías entre subcampos

Las jerarquías por subcampo están engarzadas a la estructura del plan de estudios de la carrera de medicina. La formación profesional de los médicos se comparte entre las instituciones educativas y las de salud. En los programas de estudio tradicionales existe una clara división entre un periodo inicial de dos años –llamados ciclos básicos– dedicados al estudio de disciplinas científicas en las universidades, seguido por otro periodo de tres años –ciclos clínicos– dedicados a los estudios y el afianzamiento de habilidades clínicas en los hospitales. La división de la educación médica en ciclos básicos y clínicos refleja la oposición que hay entre el subcampo clínico y los subcampos de la medicina moderna que son subalternos a él (las ciencias biomédicas y la salud pública²⁶). Estas jerarquías entre subcampos se expresan a través de luchas, por ejemplo, por la preservación o modificación de los planes de estudio. Recientemente, en algunas universidades el enfoque clínico ha ganado territorio sobre las ciencias biomédicas que se enseñan en los ciclos básicos, como muestra este fragmento de grupo focal con estudiantes:

Óscar: Nos tocó más miedo a nosotros. La anatomía que llevaba mi papá es muy diferente a la que llevamos nosotros. Nuestros papás llevaban anatomía pura: ¿qué está de lado?, ¿qué pasa por arriba, por abajo? Y acá no, es anatomía aplicada, o sea que no vas a aprobar viendo nomás los dibujos, si no sabes para qué, cómo se mueve cada cosa, o que el músculo agarra el ojo así, repruebas.

Mauricio: Sí, desde el primer semestre ya estamos, no con pacientes, pero en el examen ya estamos tratando con pacientes, ya estamos viendo como que más clínico.

Uno de los motivos de prestigio que se le confiere al subcampo clínico es estar en contacto con los pacientes: en la cita anterior, Mauricio *aprecia* este contacto, aunque sólo sea “en el examen”.

DACTAR AL ANTARNA YA SA CANTAMINÁ



Figura 2. La enfermería como una profesión paramédica subalterna.

Fuente: Facebook.

Hace un par de décadas, los ciclos básicos de los planes de estudio de la carrera de medicina estaban reservados para las asignaturas de ciencias biomédicas y salud pública, y sólo los estudiantes que pertenecían a programas de excelencia académica tenían contacto con el subcampo clínico desde los primeros años de la carrera (por ejemplo, el Programa de Alta Exigencia Académica de la Facultad de Medicina de la UNAM). En años recientes, muchas escuelas de medicina han reformado sus planes de estudio para incluir asignaturas clínicas desde los ciclos básicos y preparar mejor a sus estudiantes para competir por las posiciones más reconocidas dentro del CM (las de especialistas). Estos movimientos evidencian cómo el subcampo clínico ha ido ganando territorio sobre otros subcampos subalternos a él, reafirmando y ampliando su hegemonía.

En los casos en los que la clínica no ha permeado los ciclos básicos, encontramos que los actores sociales del CM realizan movimientos para escapar de la estructura educativa y adelantar el contacto con el subcampo clínico:

En los primeros 2 años nosotros buscamos la forma de estar en contacto con pacientes, para que nos llevaran a hacer brigadas a una comunidad cercana para que tuviera más sentido eso que estabas aprendiendo de fisiopatología y de farmacología, y para que pudiéramos empezar a meternos ya de lleno en la Medicina [...] Estar en un salón de clases y estudiar miles de temas, pues eso no es la Medicina. La Medicina real es eso aplicado a un paciente. (Andrés, estudiante).

Lo que los alumnos *aprecian* es tener contacto con los pacientes. Según su *percepción*, las materias básicas (que como disciplinas forman parte del subcampo biomédico) sólo cobran sentido en función de su aplicación a la clínica, que es “la Medicina real”. Si las ciencias biomédicas y la salud pública entran en este espacio social, es sólo en función de coadyuvantes de la medicina clínica hegemónica. Bajo esta lógica, las instituciones educativas son *percibidas* como “la escolita” y los hospitales como el “mundo real”:

El internado es un gran brinco. Venimos de una escuela de materias, académica totalmente, y después te enfrentas a un mundo médico que es completamente distinto, o sea, esto ya no es la escolita, aquí ya es la realidad [...] Aquí tiene que venir tu tenacidad, la intuición que tengas sobre los padecimientos, sobre los casos, sobre los pacientes, y tener un poquito de control y seguridad en ti. (Daniel, ginecólogo).

En las luchas entre subcampos también encontramos movimientos en los que las instituciones educativas han ido ganando terreno en los hospitales. Estos movimientos suelen ser *percibi-*

dos y apreciados como un “debilitamiento” del rigor hospitalario y la disciplina que lo caracteriza. En un grupo focal con médicos especialistas se comentó lo siguiente:

Investigador: ¿Y por qué ha cambiado la disciplina, tiene que ver con lo que decían de que ahora ya no se forma la gente como antes?

Liliana: Porque ya no tienen permitido que los castiguen [a los alumnos].

Patricio: Las universidades poco a poco han tomado un papel más activo en cuanto a la protección de los internos [...] Las universidades ahora están involucradas, y [los alumnos] ya no pueden hacer guardias de castigo, ya no se les puede sancionar en nada [...] está todo relajado.

Daniel: Y eso no está bien.

Estos hallazgos apuntan a que la lucha entre subcampos es mucho más intensa entre la clínica y las ciencias biomédicas; parece que la salud poblacional no tiene lugar en este enfrentamiento entre instituciones educativas y hospitales. Las materias de salud pública están repartidas entre los ciclos básicos y los ciclos clínicos, y siempre están al margen o por debajo de las demás asignaturas. La salud poblacional ni siquiera se mencionó en las experiencias de formación de los más de cien médicos entrevistados en grupos focales y de manera individual.

Jerarquías por especialidades

Existen varios estudios sobre las jerarquías entre especialidades médicas y los factores de prestigio asociados a éstas⁴¹⁻⁴³. Con nuestro trabajo de campo, pudimos apreciar que desde los primeros semestres de su formación profesional, los estudiantes de medicina están expuestos a mensajes que transmiten esas jerarquías, empezando por trazar una gran diferencia en el nivel de prestigio entre médicos generales y médicos especialistas:

Yo sigo viendo al médico como que somos un gremio muy preparado, al menos los especialistas. (Armando, pediatra).

Al mismo tiempo, se les incita a especializarse con preguntas como ¿en qué se van a especializar?, dirigidas tanto por sus profesores como por pares que crean y comparten memes en las redes sociales (Figura 3). Así se transmite la idea de que la especialización es el camino a seguir, mientras que la medicina general y los subcampos de la salud poblacional y las ciencias biomédicas son, en oposición, caminos alternativos mucho menos valorados al interior del CM.

Estos mensajes también son vehículos para transmitir las jerarquías que hay entre las especialidades, incluyendo las de género:

Cuando estaba en primer año, el maestro de Histología preguntaba a las mujeres “¿en que se van a especializar?” Y empezaron a decir que Traumatología, que esto, que lo otro [...] Entonces dice “¿y quién va a ser cirujano?” Varios levantaron la mano, entre esos yo, y entonces dice: “¿Por qué las mujeres quieren entrar a cirugía? Se ven bien machorras queriendo ser cirujanas”. (Tamara, estudiante).

Otros estudios han mostrado que las jerarquías entre especialidades tienen un ordenamiento de género: en la cima se ubican las especialidades que conllevan intervenciones con las manos y/o que ameritan fuerza física y de carácter, mientras que en el fondo se ubican las especialidades que, al contrario, son más pasivas y afectivas, distribución que se corresponde con una cúspide masculina y una base femenina⁴⁴. En México es común que los actores del CM utilicen la expresión “hacer manitas” para referirse al conocimiento que se adquiere por experiencia directa, en la práctica clínica o quirúrgica, en oposición al conocimiento más intelectual que se obtiene con la lectura. Entre los médicos mexicanos suele considerarse que las sedes hospitalarias en las que se permite mayor intervención por parte de los alumnos son mejores plazas de formación, pues es ahí donde los estudiantes ad-

quieran las “manitas” necesarias para ser “buenos médicos”. Estas percepciones explican que, por su asimilación a lo masculino, la cirugía sea una de las especialidades más prestigiosas.

La oposición entre el conocimiento que se obtiene por “manitas” y el que se obtiene por lectura subyace también a la pugna que existe entre la cirugía y la medicina interna, que es la otra especialidad de alto prestigio en México²⁶. En redes sociales circula una vasta cantidad de memes en los que se evidencian las luchas de estas dos ramas de la medicina por ocupar la posición hegemónica entre las especialidades médicas (Figuras 4 y 5, en la cual “indicar” se refiere a indicaciones).

Las demás especialidades se ubican debajo de cirugía y medicina interna, lo que permite más expresiones humorísticas como la siguiente:

Hay un chiste que dice que un médico tuvo tres hijos: uno estudió Neurocirugía y el otro, más inteligente, Medicina Interna y el otro: “¡Bah! Tú estudia ginecología”. (Patricio, ginecólogo).

Los médicos de especialidades no tan prestigiosas se muestran defensivos ante estas jerarquías:

[Neurocirugía] *no está en lo más alto porque, por ejemplo, el neurólogo que puede ser una eminencia, a su esposa la lleva al ginecólogo. “Oye, ¿te vas a meter?”—“No, tú atiéndela, yo no me meto”. O el cirujano que es muy bueno para el bisturí, para parto dice “no, no, no.” Entonces, tal vez [ginecología] es una especialidad minimizada, pero cuando se trata de un parto dicen “vete al ginecólogo”.* (Marcelo, médico familiar).

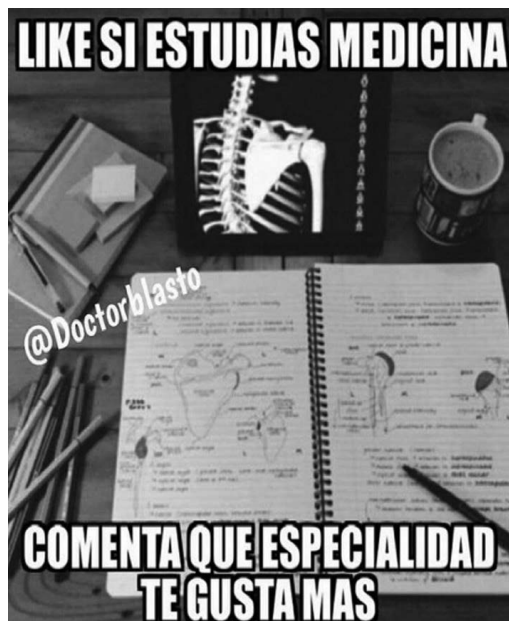


Figura 3. La especialización como el camino más apreciado.

Fuente: Facebook.



Figura 4. Chiste de cirujanos contra internistas.

Fuente: Facebook.

Cuando llega el internista a componer todas las indicas de cirugía

Translate from Spanish

MEMES HOSPITALARIOS



Figura 5. Chiste de internistas contra cirujanos.

Fuente: Facebook.

Empero, aun respetando cada disciplina, las jerarquías entre especialidades se mantienen y el habitus médico –i.e. la incorporación de tales estructuras jerarquizadas– dispone a los actores del CM a actuar de maneras que reproducen y refuerzan dichas jerarquías:

Llego yo y se hacen todos para un lado para que revise al paciente, y todo mundo está esperando a ver qué digo yo, “primero a ver qué dice el maestro”. Si yo digo que lo voy a meter a operar, pues obviamente se esperan a que yo termine. Creo yo que sí hay un poquito de jerarquía no escrita. (Renato, neurocirujano).

Jerarquías del trabajo

En el CM identificamos también algunas clasificaciones jerárquicas con base en las cuales se divide el trabajo entre los médicos de diferente rango:

En el R2 [segundo año] de ginecología se ve todo lo de embarazo de alto riesgo; me parece que es el año más pesado porque es más responsabilidad y más de estudiar, pero el R1 [primer año] es más trabajo, porque ves todo lo fisiológico y como en las embarazadas el 80% es fisiológico, es mucho trabajo; y bueno, en el R3 [tercer año] ya nada más ves lo ginecológico [no de embarazo], y es mucho menos. (Gabriela, ginecóloga).

Existe una jerarquización de los padecimientos en función de su complejidad: a los residentes menos experimentados (R1) se les asigna el trabajo de pacientes con condiciones más simples (embarazo sin riesgos) y los residentes más capacitados (R2 y R3) se encargan de las patologías más complejas (embarazos de alto riesgo y enfermedades ginecológicas). Algunos estudios relacionan los criterios de prestigio de las especialidades médicas descritos antes con el prestigio de las enfermedades⁴⁵. Dicha jerarquía replica los niveles de atención médica: el trabajo del R1 corresponde con la atención médica primaria, mientras que el del R2 y el R3 corresponde con la atención especializada del segundo nivel de atención y la alta especialidad del tercer nivel de atención.

Pero incluso un paciente con una enfermedad de alto prestigio, que pertenezca a una especialidad de renombre y que esté siendo atendido en el tercer nivel de atención puede requerir intervenciones poco apreciadas entre los médicos:

Como dicen, hay jerarquías. El interno es el que va por la comida, el que hace el trabajo sucio, el que pone las sondas, hace las curaciones y ve a todos los pacientes que nadie quiere ver: los diabéticos, los pacientes prostáticos, todo eso hace el interno. ¿Un residente hacerlo? ¡No! (María Luisa, residente).

Es a los médicos subalternos (internos) a los que les toca hacer el “trabajo sucio”⁴⁶ que incluye tanto procedimientos médicos de bajo prestigio (i.e., poner sondas, hacer curaciones de heridas) como atender enfermedades poco prestigiadas como la diabetes y la hipertrofia prostática, y también implica realizar tareas sin relación con la medicina, como ir por la comida. Y si bien los procedimientos de bajo prestigio implican hacer “manitas”, no conllevan el heroísmo de la cirugía, por lo que no tienen el prestigio de ésta. Por lo contrario, en las clínicas y hospitales privados muchos de estos procedimientos corresponden al personal de enfermería, que ocupa dentro del CM una posición subalterna.

Naturalmente, el trabajo sucio suele ser poco apreciado por los médicos, lo que en la cotidianidad permite dar explicaciones como la siguiente:

Se nos ha dicho alguna vez que [los médicos] nos volvemos insensibles o nos deshumanizamos [...] a todos nos ha tocado ver eso, siempre hay un médico de esos: llegan [con la paciente] y ni dicen “buenas noches”, sólo “a ver, mamacita, [abre] las piernas” y no sabemos si lo hacen porque el atender un parto sea lo más bajo en la gineco, o quién sabe, pero como que les molesta mucho hacer ese tipo de cosas. (Ricardo, residente).

Esta cita permite suponer que los trabajos menos prestigiosos podrían estar más relaciona-

dos con el maltrato a pacientes. Si es verdad que atender partos es una actividad estructuralmente desincentivada (es decir, poco prestigiosa, quizás por tratarse de un proceso natural, en contraste con el valor que se le asigna a los procedimientos quirúrgicos), estaríamos a las puertas de una explicación adicional sobre el aumento en el número de cesáreas; es verdad que los partos se los dejan a los internos o R1, mientras que los R2, R3 y R4 entran a quirófano.

Cuando la división de trabajo viola alguna de las jerarquías aquí implicadas (i.e. jerarquía de rangos, procedimientos, enfermedades y niveles de atención), los actores del CM en posiciones de poder devuelven el orden con medidas disciplinarias:

Una vez me dejaron entrar a una histerectomía [cirugía para remover el útero]. ¡Ay, esa vez me costó un real! El doctor me dijo: “¿quieres entrar a una histerectomía?”—“Sí”—“Entra”. Y le iba a avisar a mi residente, pero no estaba. Y de interna yo bien feliz, ahí agarrando el útero. Cuando salté, [mi residente me dijo]: “¿Qué te pasa?! Eres interna, tú estás para la consulta. Tú no puedes entrar a este procedimiento, este procedimiento es de R2 y me lo robaste y eso no se puede” [...] Así aprendes que hay cosas que te corresponden de acuerdo al nivel en el que vas [...] Conforme vas avanzando te van tocando ciertas responsabilidades, pero no puedes hacer las que no te corresponden, a este nivel sólo tomo muestras. (Delia, ginecóloga).

Colaboradores

Ambos autores hemos contribuido sustancialmente y por partes iguales en la concepción y diseño del estudio, el acopio de la información y su análisis, y en la redacción del artículo. M Villanueva realizó entrevistas a médicos e investigación en internet, analizó los materiales y redactó la primera versión de este artículo. R Castro realizó observaciones en hospitales, entrevistas y grupos focales y concibió la idea principal (construir el CM en México) y es el investigador principal de este proyecto.

Conclusiones

En este artículo presentamos un análisis de las jerarquías que estructuran el CM más allá de la escala acotada al sistema administrativo de escalafón. A partir del principio de que las posiciones que ocupan los agentes en el campo se corresponden con su habitus, en este trabajo profundizamos en el análisis del CM para comprender cómo los agentes reflejan, en su quehacer cotidiano, las jerarquías que organizan este espacio social.

Al explorar las posibilidades de expresión que permite el CM (memes y publicaciones en redes sociales, alusiones hechas en los grupos focales y entrevistas), *des-cubrimos* una serie de EPA que se apoyan en clasificaciones jerárquicas con base en las cuales se distribuye el prestigio y se divide el trabajo. Estos EPA—que organizan de manera correlacionada las experiencias de los actores del CM y los disponen a actuar de determinadas formas—develan cuatro sistemas de jerarquización que operan en el CM mexicano: las jerarquías profesionales, por subcampos, por especialidades y del trabajo. Estos niveles de jerarquías, imbricados entre sí, forman parte de la compleja estructura de posiciones del CM y de la red de EPA incorporada por sus agentes sociales en forma de habitus.

Referencias

1. Bourdieu P. *Algunas propiedades de los campos. Cuestiones de sociología*. Madrid: Istmo; 2000.
2. Fassin D, Fassin E. Traditional medicine and the stakes of legitimation in Senegal. *Social Sci Med* 1988; 27(4):353-357.
3. Arliaud M. L'autre spécialisation? Propos obliques sur les médecins dites parallèles. *Sciences Sociales Et Santé* 1986; 4(2):109-121.
4. Samuelsen H. Therapeutic itineraries: the medical field in rural Burkina Faso. *Anthropol Med* 2004; 11(1):27-41.
5. Puttini R. Faith healing and the field of healthcare in Brazil. *Interface (Botucatu)* 2008; 4(se):1-27.
6. Pinell P. Champ médical et processus de spécialisation. *Actes De La Recherche En Sciences Sociales* 2005; 1(4):4-36.
7. Pinell P. The Genesis of the Medical Field: France, 1795-1870. *Revue Française De Sociologie* 2011; 52(5):117-151.
8. Pinell P. À propos du champ médical: quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champ. In: Lebanon F, Mauger G, editores. *Lectures de Bourdieu*. Paris: Ellipses; 2012.

9. Jaisson M. El aprendizaje social de la condición médica (Una morfología de la estructura de las especialidades médicas en Francia durante los años noventa). *EMPIRIA* 2001; 4:11-41.
10. Balazs G, Rosenberg-Reiner S. La composante universitaire dans la hiérarchie des disciplines hospitalières. *Actes De La Recherche En Sciences Sociales* 2005; 115(1):115-118.
11. Faure Y. L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates. *Actes De La Recherche En Sciences Sociales* 2005; 115:98-114.
12. Quin G. Genèse d'un champ scientifique: l'Orthopédie comme fabrique d'une gymnastique. Du champ médical, de la spécialité orthopédique et des exercices corporels (1817-1847). *Sciences Sociales Et Sport* 2009; 2:171-199.
13. Wojciechowski J. Pratiques médicales et usages de drogues: linéaments de la construction d'un champ. *Psychotropes* 2005; 11(3):179-207.
14. Buttici C. El campo ocupacional de la Enfermería: un 'espacio de lucha'. *Comunicaciones científicas y tecnológicas* 2005; S-022.
15. Brosnan C. Making sense of differences between medical schools through Bourdieu's concept of 'field'. *Medical Education* 2010; 44(7):645-652.
16. Geeraert J. *Une médecine de la précarité à l'hôpital: tensions et enjeux sur de la conception du soin. Le cas des Permanences d'Accès aux Soins de Santé*. PUN; 2014. Available at: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01100517>
17. Bourdillon F, Sobel A. L'épidémie de sida: le temps des transformations. *Les Tribunes De La Santé* 2006; 13:53-67.
18. Fleury M, Denis J, Champagne F, Pineault R. Conditions d'implantation d'une réforme. Institutionnalisation des champs impliqués dans le traitement du sida. *Recherches Sociographiques* 2001; 42:517-541.
19. Collyer F, Willis K, Lewis S. Gatekeepers in the health-care sector: Knowledge and Bourdieu's concept of field. *Social Sci Med* 2017; 186:96-103.
20. Witman Y, Smid G, Meurs P, Willems D. Doctor in the lead: balancing between two worlds. *Organization* 2010; 18(4):477-495.
21. Schraiber LB. *El médico y la medicina. Autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*. Buenos Aires: U. Lanús; 2019.
22. Nunes ED, Ferreto LE, Oliveira ALO, Nascimento JL, Barros NF, Castellanos MEP. O campo da Saúde Coletiva na perspectiva das disciplinas. *Cien Saude Colet* 2010; 15(4):1917-1922.
23. Castro R. De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. *Salud Colectiva* 2016; 12(1):71-83.
24. Bourdieu P, Wacquant L. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2005.
25. Castro R, Villanueva M. Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Estudios Sociol El Colegio México* 2018; 36(108):539-569.
26. Castro R, Villanueva M. El campo médico en México. Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo de Bourdieu. *Sociológica* 2019; 34(97):73-113.
27. Bourdieu P. *Meditaciones Pascalinas*. Barcelona: Anagrama; 1999.
28. Castro R, Erviti J. *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca: UNAM; 2015.
29. Villanueva M. *Somos médicos, no dioses. Una etnografía filosófica de la deshumanización de la medicina* [tesis]. México: UNAM; 2019.
30. Hine C. *Etnografía virtual*. Barcelona: Editorial UOC, Colección Nuevas Tecnologías y Sociedad; 2004.
31. Hine C. *From Virtual Ethnography to Embedded, Embodied, Everyday Internet. The Routledge Companion to Digital Ethnography* [Internet]. Routledge; 2016 [cited 20 Feb 2019]. Available from: <https://www.routledge-handbooks.com/doi/10.4324/9781315673974.ch2>
32. Gutiérrez A. Etnografía móvil: una posibilidad metodológica para el análisis de las identidades de género en Facebook. *Rev Interdisciplinaria Estudios Género El Colegio México* 2016; 2(4):26.
33. Pérez C, Ardèvol E, Beltrán M, Callén B. Etnografía virtualizada: la observación participante y la entrevista semiestructurada en línea. *Athenea Digital* 2003; 3:1-21.
34. Doncel EB. Circulación de memes en WhatsApp: ambivalencias del humor desde la perspectiva de género. *EMPIRIA* 2016; 35:21-45.
35. Pérez-Salazar G. *El meme en Internet: identidad y usos sociales*. Coahuila: Fontamara/Universidad Autónoma de Coahuila; 2017.
36. Freidson E. *La profesión médica*. Barcelona: Ediciones Península; 1978.
37. Foucault M. *La verdad y las formas jurídicas*. México: Gedisa; 1984.
38. Foucault M. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI Editores; 2018.
39. Frenk J, López Acuña D, Bobadilla J, Alagón A. Medicina liberal y medicina institucional en México. *Salud Pública México* 1976; 18(3):481-493.
40. Zwarenstein M, Rice K, Gotlib-Conn L, Kenaszchuk C, Reeves S. Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Serv Res* 2013; 13:494.
41. Creed P, Searle J, Rogers M. Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students. *Soc Sci Med* 2010; 71(6):1084-1088.
42. Rosoff S, Leone M. The public prestige of medical specialties: Overviews and undercurrents. *Soc Sci Med* 1991; 32(3):321-326.
43. Norredam M, Album D. Review Article: Prestige and its significance for medical specialties and diseases. *Scand J Public Health* 2007; 35(6):655-661.
44. Hinze SW. Gender and the Body of Medicine or at Least Some Body Parts: (Re)Constructing the Prestige Hierarchy of Medical Specialties. *Sociol Quarterly* 1999; 40(2):217-239.
45. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc Sci Med* 2008; 66(1):181-188.
46. Hughes EC. *"Good people and dirty work" y "Work and self". The sociological eye*. New Brunswick: Transaction Publishers; 1993.

Artículo presentado en 28/05/2019

Aprobado en 15/10/2019

Versión final presentada en 17/10/2019